

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 22 juillet 1886

PAR

RICORDEAU RAPHAEL

Né à Poitiers, le 19 janvier 1858.

DES

ACCIDENTS CONSÉCUTIFS A L'AMYGDALOTOMIE

DU TRAITEMENT DE L'HYPERTROPHIE DES AMYGDALES

PAR LA CAUTÉRISATION IGNÉE

Quæ medicamenta non sanant,

Ea ferrum sanat ;

Quæ ferrum non sanat,

Ea ignis sanat ;

Quæ vero ignis non sanat,

Ea insanabilia reputare oportet.

(HIPPOCRATE, *Aphorisme* 87, *section* 7.)

Président : M. LABOULBÈNE, *professeur*.

Juges : MM. { PROUST, *professeur*,
TROISIER et HUTINEL, *aggrégés*.

POITIERS

TYPOGRAPHIE P. OUDIN

4, RUE DE L'ÉPERON, 4

1886

263



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550201_0008

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

N^o _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 22 juillet 1886

PAR

RICORDEAU RAPHAEL

Né à Poitiers, le 19 janvier 1858.

DES

ACCIDENTS CONSÉCUTIFS A L'AMYGDALOTOMIE

DU TRAITEMENT DE L'HYPERTROPHIE DES AMYGDALES

PAR LA CAUTÉRISATION IGNÉE

Quæ medicamenta non sanant,
Ea ferrum sanat ;
Quæ ferrum non sanat,
Ea ignis sanat ;
Quæ vero ignis non sanat,
Ea insanabilia reputare oportet.
(HIPPOCRATE, *Aphorisme 87, section 7.*)

Président : M. LABOULBÈNE, professeur.

*Juges : MM. { PROUST, professeur.
TROISIER et HUTINEL, agrégés.*

POITIERS

TYPOGRAPHIE P. OUDIN

4, RUE DE L'ÉPERON, 4

1886

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen. M. BÉCLARD.

Professeurs. MM.

Anatomie	SAPPEY.
Physiologie.	BÉCLARD.
Physique médicale.	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	{ PETER.
	{ DAMASCHINO.
Pathologie chirurgicale.	{ GUYON.
	{ LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.	CORNIL.
Histologie.	Mathias DUVAL.
Opérations et appareils.	DUPLAY.
Pharmacologie.	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.	HAYEM.
Hygiène.	PROUST.
Médecine légale.	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés.	TARNIER.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.	VULPIAN.
	{ SEE (G.).
Clinique médicale.	{ JACCOUD.
	{ HARDY.
	{ POTAIN.
	{ GRANCHER.
Clinique des maladies des enfants.	BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	FOURNIER.
Clinique des maladies syphilitiques.	CHARCOT.
Clinique des maladies nerveuses.	RICHET.
	{ VERNEUIL.
Clinique chirurgicale.	{ TRELAT.
	{ LE FORT.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchements.	PAJOT.

DOYEN HONORAIRE : M. VULPIAN.

Professeurs honoraires : MM. GOSSELIN, BOUCHARDAT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BLANCHARD.	GUEBHARD.	PEYROT.	RIBEMONT.
BOUILLY.	HALLOPEAU.	PINARD.	DESSAIGNES.
BUDIN.	HANOT.	POUCHET.	RICHELOT.
CHAMPENON.	HANRIOT.	QUINQUAUD.	Ch. RICHET.
CHARPENTIER.	HUMBERT.	RAYMOND.	ROBIN (Albert).
DEBOVE.	HUTINEL.	RECLUS.	SEGOND.
FARABEUF, chef des travaux anatomiques.	JOFFROY.	REMY.	STRAUS.
GARIEL.	KIRMISSON.	RENDU.	TERILLON.
	LANDOUZY.	REYNIER.	TROISIER.

Secrétaire de la Faculté : TH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON ONCLE DELPHIN RICORDEAU

CHANOINE TITULAIRE DU DIOCÈSE DE POITIERS.

Quelque grande que soit ma reconnaissance,
jamais elle n'égale les sacrifices que vous vous êtes imposés pour moi pendant 25 ans
et les trésors d'amitié que vous m'avez prodigués.

A MON ÉPOUSE BIEN-AIMÉE

Ton bonheur sera le mien.

A MON PÈRE ET MON BEAU-PÈRE

A MON BEAU-FRÈRE

A MES PARENTS ET AMIS

A MON EXCELLENT MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE
M. LABOULBÈNE

PROFESSEUR D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE, MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE,
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR, MÉDECIN DE LA CHARITÉ.

A MON VÉNÉRÉ MAITRE M. VERNEUIL

PROFESSEUR DE CLINIQUE EXTERNE, MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE,
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR, CHIRURGIEN DE LA Pitié.

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE POITIERS

INTRODUCTION

Ayant suivi, pendant deux années consécutives, le service de M. Verneuil, nous nous sommes adressé naturellement à cet éminent professeur, afin qu'il daignât nous guider dans le choix du sujet que nous nous proposons de traiter comme thèse inaugurale.

Le 4 février dernier, à la fin de sa visite journalière, notre maître nous conseillait de réunir, dans une première partie, tous les accidents consécutifs à l'amygdalotomie par l'instrument tranchant, et de démontrer, dans une seconde partie, à l'aide d'observations, puisées chez différents maîtres, les bons résultats du traitement de l'hypertrophie des amygdales par la cautérisation ignée.

Ce sujet, signalé par M. Verneuil comme digne de beaucoup d'intérêt, nous a paru mériter en effet une étude spéciale. Nous allons donc l'aborder dans cette thèse.

En exposant l'histoire de l'hémorrhagie après l'amygdalotomie dans le passé et le présent, nous serons heureux de signaler les autres dangers qu'on peut redouter dans cette délicate opération, les précautions à prendre pour les éviter, et les instruments qui peuvent faciliter l'opération.

Puissions-nous, grâce aux leçons de nos savants professeurs, traiter cette question d'une manière intéressante et profitable !

Notre but se résume donc dans les propositions suivantes :

1° Etablir que, de tout temps, les chirurgiens ont constaté le danger d'une hémorrhagie plus ou moins sérieuse, après l'ablation des amygdales par l'instrument tranchant ;

2° Réunir, dans un même chapitre, tous les accidents sérieux consécutifs à l'amygdalotomie ;

3° Dans un troisième chapitre, donner un rapide aperçu historique de la méthode ignée, appliquée aux amygdales ;

4° Démontrer, par des observations, les résultats satisfaisants obtenus par cette méthode et son innocuité absolue ;

5° Enfin, dans un cinquième et dernier article, exposer le procédé que nous croyons devoir adopter pour pratiquer la cautérisation au moyen du thermo-cautère.

Qu'il nous soit permis, au début de ce travail, d'exprimer à notre maître et président de thèse notre profonde et sincère gratitude pour toutes les marques du vif intérêt qu'il n'a cessé de nous donner pendant le temps trop court, par notre faute, où nous avons eu le bonheur d'être son élève.

Que M. le professeur Verneuil daigne agréer l'expression de notre reconnaissance pour la bienveillance toute particulière qu'il nous a toujours témoignée.

Nous remercions aussi tout particulièrement M. le professeur agrégé Reclus, M. de Saint-Germain, chirurgien de l'hôpital des Enfants Malades ; M. Vircher, chef de clinique de M. Verneuil, pour les excellentes observations qu'ils se sont empressés de mettre à notre disposition.

Enfin que M. le docteur Redard, lauréat de l'Institut, chirurgien de Furtado-Heine, médecin en chef des chemins de fer de l'Etat, et chevalier de la

Légion d'honneur, nous permette de lui dire combien nous sommes touché de tout ce qu'il a fait pour nous. Nous ne chercherons pas à lui exprimer nos remerciements, dans la crainte que les termes ne rendissent qu'imparfaitement les sentiments de notre respectueuse amitié pour lui.

PROLÉGOMÈNES

L'histoire complète de l'hypertrophie des amygdales a été faite tant de fois déjà que nous nous bornerons à rappeler quelques-uns des accidents qui en sont la conséquence.

Il est d'observation commune que les enfants atteints de cette maladie respirent par la bouche, qui est généralement entr'ouverte; que la déglutition est gênée, et que l'ouïe est souvent affectée.

Lorsque le volume des amygdales est très considérable, la voix s'altère à son tour et prend ce timbre guttural particulier que Krishaber a désigné sous le nom de pharyngophonie, pour le distinguer du timbre vocal qu'il appelle la rhinophonie, ou voix nasilléo, propre à d'autres affections.

A la longue, les efforts d'une respiration incomplète déterminent, chez l'enfant au moins, une dilatation permanente des narines, une sorte d'épatement du nez, qui donne à la physionomie une expression d'hébétude; le thorax lui-même peut être déformé, et l'enfant présenté enfin, dans son développement physique, un retard dont on cherche souvent bien loin la cause.

Quoique moins accusés, tous ces inconvénients existent chez l'adulte, qui est du reste, presque autant que l'enfant, exposé aux recrudescences aiguës d'une amygdalite chronique dont l'hypertrophie n'est que l'expression ultime.

Le moindre refroidissement suffit pour donner lieu à des poussées d'amygdalites aiguës fort douloureuses et parfois même graves. Parmi les complications sérieuses, engendrées par les amygdalites à répétition, on observe l'œdème des parties avoisinantes; dans des cas beaucoup plus rares, la gangrène des amygdales; par contre, très fréquemment, l'engorgement des ganglions du cou, avec tous les inconvénients qui se rattachent à la compression des voies aériennes.

Il n'est pas rare de voir, chez l'enfant, l'hypertrophie excessive des amygdales occasionner même le cornage. Chez l'adulte, les troubles sont moins nombreux, sans doute, et aussi moins sérieux ; le développement du corps, squelette et parties molles, étant effectué, les déformations sont plus lentes à se produire et, par conséquent, beaucoup plus rares ; mais la pharyngophonie est si fréquente et parfois si intense, qu'elle peut devenir, à elle seule, une entrave apportée à un grand nombre de professions. A côté de cette modification du timbre et parfois indépendamment d'elle, l'hypertrophie des amygdales exerce sur l'intensité de la voix une influence fâcheuse, qui est beaucoup moins connue ; on oublie, en effet, généralement jusqu'à quel point la cavité du pharynx doit amplifier les ondes sonores venant des lèvres de la glotte, et que son rétrécissement, alors même que les amygdales dépassent peu le bord libre des piliers du voile du palais, et n'occasionnent pas de véritable gêne respiratoire, constitue néanmoins une entrave à la puissance de la voix.

Si l'intégrité de la voix n'est pas absolument indispensable dans les conditions ordinaires de l'existence, il n'en est plus ainsi pour les orateurs, les prédicateurs, les chanteurs, pour tous ceux, en un mot, qui par profession font des organes de la voix, en quelque sorte, un instrument de travail.

De tout temps l'ablation des amygdales a été conseillée et pratiquée. Cinq ans après Jésus-Christ, Cornélius Celsius la recommande, comme le prouvent trois passages de *De re medica*, édition Valart, livre I, chapitre II, section II, page 347 ; livre VII, chapitre III, section V, page 405, et livre VI, chapitre VI, section II, page 34.

Aétius, 380 (*Contracta ex veteribus medicinarum tetrabiblos*) et Paul d'Egine, 64 (*De re medica*, lib. VI, cap. xxx), la conseillent aussi, sous la réserve faite par Aétius de respecter les amygdales enflammées.

Louis a tracé l'historique de cette opération.

Tous les procédés auxquels on a eu recours pour pratiquer l'ablation peuvent se grouper sous quatre chefs principaux :

- 1° En écluation à l'aide du doigt ;
- 2° Ligature ;
- 3° Cautérisation, soit avec le cautère actuel, soit avec les caustiques ;
- 4° Excision, soit avec les ciseaux, soit avec le bistouri, soit avec un amygdalotome.

La première méthode, recommandée par Celse, est tombée en désuétude depuis longtemps.

La seconde, pratiquée par Guillemeau et Moscoti, 1649 et 1751, fut battue en brèche par Boyer, 1818; et de nos jours elle est entièrement oubliée.

La troisième date de Mesué, d'après Velpeau. Elle eut un moment de faveur avec Mercarus, Marc-Aurèle Séverin, 1620 à 1641; Pauli, premier professeur d'anatomie à Leipsick, 1701 Wiseman, premier chirurgien du roi d'Angleterre Charles II, 1680; Louis, 1760; Percy, 1790, et Boyer, 1818.

Malgré l'opinion de ces chirurgiens éminents, la cautérisation des amygdales hypertrophiées tomba dans l'oubli, parce que l'on n'avait pas sous la main d'instrument commode, qui, comme le thermo-cautère, peut rester incandescent un laps de temps indéterminé, et dont le pouvoir rayonnant est extrêmement faible.

La quatrième méthode enfin est le procédé qui de tout temps a été le plus employé; c'est lui qui aujourd'hui est seul en faveur. Les anciens pratiquaient l'excision soit à l'aide du bistouri, soit à l'aide des ciseaux. De ces deux instruments, le premier seul réunit encore quelques partisans. A Paris, c'est M. de Saint-Germain qui, jusque dans ces dernières années, s'en est montré le plus fervent adepte; mais la majorité des chirurgiens se sert actuellement de l'amygdalotome.

Après ce court aperçu sur les diverses méthodes d'ablation des amygdales hypertrophiées, nous allons maintenant nous efforcer d'établir notre première proposition.

CHAPITRE PREMIER.

De tout temps les chirurgiens ont constaté une hémorrhagie plus ou moins sérieuse après l'ablation des amygdales par l'instrument tranchant.

Comme nous l'avons dit plus haut, Cornélius Celsus paraît être l'auteur le plus ancien qui se soit occupé des amygdales. Voici ce qu'il en dit chapitre XII du livre VII : « Si les amygdales, que les Grecs appellent antiates, sont restées squirrhueuses à la suite d'inflammation..... il faut les saisir avec un crochet et les exciser avec le bistouri; on lave ensuite la plaie avec du vinaigre, et on l'enduit de médicaments propres à arrêter l'hémorrhagie. » Ce passage des œuvres de Celse est cité par le Dictionnaire des dictionnaires, de 1850, page 279. On voit donc que Celse, qui écrivait vers

l'an 5 du premier siècle, reconnaissait déjà le danger de l'hémorrhagie dans l'opération qui nous occupe.

Aétius (3), en 380, recommande de n'attaquer que la surface de la glande, dont le volume est plus considérable qu'elle ne doit naturellement l'avoir. Ceux qui font le contraire, deviennent les auteurs d'une hémorrhagie dangereuse.

Paul d'Egine fait la remarque de ne pas y toucher quand elles sont enflammées, dans la crainte d'hémorrhagie.

Rhazès, en 950, d'après Velpeau, formule ainsi son opinion, en parlant de l'ablation des amygdales par l'instrument tranchant : « C'est une opération si dangereuse qu'il vaut mieux recourir à la bronchotomie. »

Albucasis, en 1104, ne conseille cette opération que « lorsque la tumeur est de couleur blanche, qu'elle est ronde, et que, d'ailleurs, la racine en est petite ; car si la racine en est grande, il y a fort à craindre un écoulement de sang, qui est souvent arrivé dans ce cas-là et qui a causé beaucoup d'embarras, s'il n'était pas même dangereux ». Ce passage est tiré de l'Histoire de la Médecine de Freund.

Brunus de Padoue, en 1251, d'après les anciens, défend la section des amygdales qui sont de couleur rouge et dont la base est large, dans la crainte de l'hémorrhagie.

Mercatus, en 1444, partageait l'opinion précédente.

Fabrice d'Aquapendente, en 1537, et Daleschamp de Lyon, en 1570, n'adoptent point l'opération de Paul d'Egine, et, suivant Louis, donnent une fausse interprétation de cet auteur, en donnant un nom particulier à son instrument, croyant qu'il était formé de deux lames courbes pour couper conjointement la tumeur en l'étranglant comme des ciseaux.

Fabrice d'Aquapendente trouve dans l'arrachement autant de difficultés que de dangers et l'usage de l'instrument tranchant lui paraît devoir donner lieu à une hémorrhagie menaçante. Il blâme le bistouri de Paul d'Egine, dont le principal inconvénient est la crainte que l'on doit avoir de l'hémorrhagie consécutive.

Cheselden, en 1640, reconnaît si bien le danger de l'hémorrhagie, qu'il donne des exemples funestes de l'ablation des amygdales par le fer.

Jacques Guillemeau, en 1649, après avoir parlé de l'hémorrhagie dans l'excision de la luette, ajoute qu'il faut pratiquer celle des amygdales de la manière suivante :

« Se donnant garde d'en lier ou couper trop, il se faut contenter de prendre et ôter ce qui excède sa naturelle grandeur et grosseur, craignant que tel espace du gosier

ou détroit de la gorge demeurant vuide n'apportas semblable accident cy-dessus décrit que fait la luette trop coupée, ou quelque flux de sang dangereux si on venoit à couper jusques au fond de la chair actuelle de la glande, pour les veines qui disséminent en cette partie. »

En 1680, Wiseman, premier chirurgien du roi d'Angleterre Charles II, écrivait sa grande Chirurgie, dont la 6^e édition fut publiée à Londres en 1734. Nous y trouvons ce passage : « Et souvent les malades, dans l'opération même, ont été menacés de suffocation ou par l'écoulement du sang dans la gorge ou par la décadence de la tumeur coupée imparfaitement ».

Heister (12), en 1683, dit que l'opération de l'excision des amygdales doit être rejetée comme barbare et cruelle.

Sharp, élève de Cheselden, écrivait en 1688 son traité des opérations, dans lequel nous trouvons le passage suivant, à propos de l'amygdalotomie : « Cette opération se faisait autrefois en emportant les amygdales avec un instrument tranchant ; mais comme il survenait, presque toujours, une grande hémorrhagie, on a abandonné cette manière pour se servir de la ligature ».

Pauli (13), 1707, premier professeur d'anatomie et de chirurgie à Leipsick, est de même opinion que Wiseman ; et rejette toute opération sanglante, dans la crainte d'hémorrhagie.

Morgagni (14), 1750, écrivait le passage suivant : « Certior factus sum quanto in periculo, ob nimiam et vix tandem cohibitam sanguinis profusionem nonnulli fuerint ex iis qui passi sunt sibi tonsillas eximi ». Il nous semble difficile d'être plus convaincu que Morgagni du danger de l'hémorrhagie.

En 1751, l'Académie s'est fort occupée de l'amputation des amygdales, à l'occasion du mémoire de Moscati. Dans ce mémoire, Moscati, passant en revue tous les inconvénients des procédés de l'ablation des amygdales, tels que le renversement du lambeau et l'hémorrhagie dans l'excision, semble vouloir partager l'idée de Sharp et s'arrêter à la ligature ; et la raison qui lui fait choisir ce dernier moyen d'ablation, est que l'instrument tranchant avait fait courir quelques dangers à certains de ses opérés. Nous voyons, en effet, dans le mémoire lu en 1751 à l'Académie royale de chirurgie, que la IV^e Observation signale deux accidents survenus chez la même personne : opération pratiquée en septembre 1742, sur une dame N., marchande de draps, sur la place du Dôme, à Milan ; suffocation par renversement sur la glotte de

la partie coupée, arrachement de suite et hémorrhagie un quart d'heure après.

Maurain (15), qui rédigea le rapport sur le mémoire de Moscati, s'exprime ainsi : « C'est la crainte d'hémorrhagie qui a déterminé à se servir d'un procédé nouveau ».

Foubert, 1751, admet que non seulement la possibilité de l'hémorrhagie existe, mais qu'elle est même assez fréquente.

Lecat (16), en 1775, dans un mémoire sur les amygdales squirrheuses, s'exprime ainsi : « Le seul inconvénient de l'extirpation des amygdales est l'hémorrhagie ».

Jourdain (17), 1778, dentiste au collège de Chirurgie, décrit un instrument de son invention pour arrêter l'hémorrhagie dans l'excision des amygdales.

Benjamin Bell (18), 1796, rejette le bistouri, à cause des hémorrhagies énormes qui suivent quelquefois cette opération.

Portal (19), en 1803, relate un fait d'hémorrhagie mortelle ; et plus loin il s'exprime ainsi : « Les amygdales deviennent quelquefois squirrheuses, ce qui donne lieu aux chirurgiens d'en couper une partie avec les ciseaux, ou de les extirper en entier, opération qui n'est cependant pas sans danger d'une hémorrhagie mortelle, comme de fâcheux résultats l'ont prouvé. »

Percy (20), en 1808, professait que « la cautérisation devait être préférée à la rescision surtout.
. ou lorsque une hémorrhagie, succédant à cette opération, menace les jours du malade ».

Delpech (21), 1815, dit : « Les seuls inconvénients qui accompagnent cette opération sont l'hémorrhagie et l'inflammation consécutive de la gorge. »

Le baron Boyer (22), 1818, en s'occupant de l'amygdalotomie, écrivait : « Cette opération n'est presque jamais suivie d'hémorrhagie ». Pourtant, plus bas, dans la même page, il ajoute : « On aurait recours à la cautérisation avec un fer rougi au feu, si l'hémorrhagie continuait et menaçait les jours du malade ». C'est qu'en effet la première partie de ce passage ne laisse point soupçonner qu'il avait eu des cas d'hémorrhagie redoutables, comme nous l'apprend son fils Philippe. Nous croyons même pouvoir affirmer que c'est à la suite d'un cas d'hémorrhagie de ce genre, que Hervez de Chégoin construisit sa pince, à l'instigation du baron Boyer.

Cholet (23), 1824, nous fournit le passage suivant : « Le professeur Marjolin fait remarquer que le procédé de couper de bas en haut a un inconvénient : c'est-à-dire,

que l'on peut piquer la membrane palatine ; il a encore celui d'exposer à la lésion de gros vaisseaux, si l'on venait à percer la paroi postérieure et latérale du pharynx à laquelle ils sont accolés ».

Jules Cloquet, en 1833, écrit les lignes suivantes : « On doit éviter avec soin, pour inciser les amygdales, d'employer un bistouri aigu. Il est arrivé qu'en faisant l'opération avec un semblable instrument, on a transpercé la paroi postérieure du pharynx, ouvert les gros vaisseaux et causé une hémorrhagie mortelle ». D'après M. de Saint-Germain, Jules Cloquet préfère l'opération faite aux ciseaux ; suivant lui, elle est beaucoup plus prompte, et elle expose peut-être moins à l'hémorrhagie.

En 1837, Velpeau écrivait, en parlant de l'amygdalotomie : « L'hémorrhagie qui suit une telle opération, assez considérable dans certains cas, tient à ce que les artères palatines supérieure et inférieure forment dans les amygdales un réseau très développé, un cercle quelquefois assez volumineux, puis aux veines nombreuses et d'un assez gros calibre, à l'espèce de plexus appliqué en dehors et contre la paroi postérieure du pharynx ». Et plus loin : « Quoi qu'il en soit, développée outre mesure et franchement cancéreuse, l'amygdale ne pourrait pas être extirpée sans danger ». Aussi voyons-nous ce chirurgien, dans un cas semblable, poser une ligature d'attente sur la carotide, pour éviter d'être, comme Warren (26), obligé d'employer le cautère actuel, pour se rendre maître de l'hémorrhagie.

Les auteurs du Compendium de chirurgie, à la fin de l'article consacré à l'opération qui nous occupe, s'expriment ainsi : « Et lorsqu'il est démontré qu'on n'a pas d'hémorrhagie, on s'occupe de l'amygdale droite ».

Chomel, dans une leçon faite à l'Hôtel-Dieu, en 1842, sur l'hypertrophie des amygdales, termine en disant : « L'excision, soit partielle, soit totale, est le seul moyen qui reste dans ces cas-là ; mais il faut être plus réservé qu'on ne l'est généralement à l'égard de cette opération, et n'y point recourir aussi légèrement qu'on le fait depuis quelque temps, d'autant que, pas plus qu'une autre opération, elle n'est exempte de dangers ».

Voici l'opinion d'Alph. (29) Robert, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Paris, en 1843 : « Cette opération est ordinairement suivie d'un léger écoulement de sang, qui cède à des gargarismes astringents ou acidulés. Cependant on a vu le réseau, fourni à la face externe des tonsilles par les artères palatine et pharyngienne inférieures, être plus volumineux qu'à l'état normal et fournir une hémorrhagie sérieuse ».

Baudeus (30), en 1844, dit, en parlant de l'hémorrhagie consécutive à l'excision des amygdales : « Je n'ai jamais eu d'hémorrhagie qui ne se soit arrêtée d'elle-même » ; et plus loin il ajoute : « Une seule fois, l'écoulement a duré plus de 12 heures ».

Miquel (31) vient d'exposer, dans le Bulletin général de Thérapeutique, le moyen employé par Gensoul pour se rendre maître de l'hémorrhagie, et il termine en disant : « Depuis cette époque, chaque fois que ce chirurgien, après avoir réséqué les amygdales, a vu une hémorrhagie un peu forte se déclarer, il a exercé aussitôt, pendant quelque temps, une compression sur une des carotides ou sur les deux à la fois ; et toujours la perte de sang a été suspendue d'une manière presque subite ».

Le 27 septembre 1848, Monod rappelle à la Société de chirurgie son moyen pour arrêter l'hémorrhagie, après l'excision des amygdales ; et en 1850, à la même Société de chirurgie, au moment où Maisonneuve vient de dire qu'il trouve un avantage à opérer de suite les deux amygdales, comme fait Chassaignac, Monod répond : « Moi, je trouve à ce procédé un inconvénient précisément où vous lui voyez un avantage : c'est qu'en enlevant les amygdales en une seule fois, on s'expose à des hémorrhagies sérieuses ».

En 1847, 1852, 1854, et enfin en 1862, Chassaignac a toujours parlé de l'hémorrhagie consécutive à l'excision des amygdales. Nous rapporterons ailleurs les observations que nous avons recueillies de ce chirurgien ; pour le moment, contentons-nous de citer deux passages d'un de ses ouvrages : « Sur 102 cas d'ablation simultanée, nous avons eu 11 cas d'hémorrhagie sérieuse, dont aucun, nous devons le dire, n'a eu de suites fâcheuses ». Et plus loin : « Une seule précaution m'a paru de rigueur, après l'amygdalotomie : c'est le décubitus au lit et une tranquillité parfaite, le jour de l'opération. En exigeant moins, on s'expose aux dangers d'une hémorrhagie fort inquiétante ».

Le même auteur, dans une leçon faite à l'hôpital de Lariboisière, dans des observations beaucoup trop détaillées pour être citées ici, rapporte des faits de foyers sanguins, constatés après l'amygdalotomie. Il décrit les simples ecchymoses, la coloration lie de vin de la muqueuse, et enfin les véritables caillots, plus ou moins volumineux, ainsi que le tissu sous-muqueux noirâtre et infiltré de globules sanguins. Il se demande ensuite quelle peut être l'origine de ces hémorrhagies, de ces états apoplectiformes. Et il les attribue, dans un certain nombre de cas, à des ruptures spontanées de vaisseaux, et, dans d'autres cas, à des déchirures du tissu, déter-

minées par les branches du trident. Enfin il termine cette leçon par cette phrase : « Ces faits sembleraient démontrer une certaine tendance hémorrhagique dans le tissu de l'amygdale ».

A une séance de la Société de chirurgie, octobre 1847, Chassaignac rapporte qu'il a été appelé, la nuit précédente, pour un cas d'hémorrhagie consécutive à une opération d'amygdalotomie. Guersant, prenant alors la parole, cite trois cas d'hémorrhagie qui lui sont personnels : deux chez des enfants et un chez un adulte, avec Blandin.

C'est sans doute de ce dernier cas que veut parler Robert, quand il dit : « Et je sais que récemment M. Blandin a dû recourir au cautère actuel chez un jeune homme opéré par un confrère habile ». Ce passage date de 1843. Nous voyons donc que déjà en 1843 Guersant connaissait le danger de l'hémorrhagie après l'ablation des amygdales, bien qu'il n'en ait parlé qu'en 1847. Mais c'est surtout dans un travail publié en 1864, que cet auteur a développé son opinion sur ce sujet. Nous aurons plus loin à revenir sur la publication de Guersant.

Dans la même séance de la Société de chirurgie, octobre 1847, Huguier dit qu'il a eu, lui aussi, une fois, à remédier à l'hémorrhagie, après l'ablation des amygdales ; elle s'arrêta sous l'influence des boissons glacées.

Au mois de septembre 1848, Stanski opère un malade dont il donne l'observation détaillée. Nous aurons, dans un autre chapitre, à nous occuper de cette observation ; nous ne rapporterons ici que les réflexions de ce chirurgien, à propos de ce cas d'hémorrhagie. Stanski commence par dire que son malade n'était pas hémophile ; et plus loin il ajoute que ce qui vient d'arriver dans l'amputation de cette glande a beaucoup d'analogie avec ce que l'on observe, quelquefois, dans l'amputation du sein, où une artériole, plongée dans un tissu qui ne lui permet pas de se rétracter, donne lieu à une hémorrhagie.

En 1850, nous voyons Dolbeau s'occuper aussi de l'hémorrhagie, après l'excision des amygdales. Nous donnerons, dans le second chapitre, le résumé de ces observations.

En 1854, M. Philipeaux, au sujet de l'instrument de M. Barrier, de Lyon, pour cautériser les amygdales, s'exprime ainsi : « Veut-on, par exemple, arrêter une hémorrhagie grave, suite de l'excision des amygdales : il suffit de remplacer le caustique par une éponge légèrement imbibée de perchlorure de fer. Ce sera, sans doute,

pour remplir cette indication importante, que cet instrument se répandra le plus dans la pratique ».

Chassaignac, en 1854, dans une leçon faite à l'hôpital de Lariboisière, dit : « Un rapport très important de l'amygdale est celui qu'elle affecte avec la carotide interne ; mais ce rapport est très éloigné, excepté chez les vieillards, où cette artère décrit souvent une courbe très prononcée à convexité interne : courbe qui confine à l'amygdale, ainsi que l'ont confirmé des recherches récentes de M. Verneuil, mentionnées dans un très bon article publié par ce chirurgien ».

Liégeois, en 1857, s'exprime ainsi : « Après l'opération de l'excision des amygdales, l'accident le plus à redouter est l'hémorrhagie. Le choix de l'un ou de l'autre procédé n'en met pas à l'abri ».

Vidal de Cassis formule nettement son opinion, en 1861 : « Mais la vraie extirpation des amygdales expose à des accidents très graves, à une hémorrhagie qui peut être souvent mortelle. On en sera convaincu si l'on songe que la glande, en dehors, n'est séparée de l'artère carotide interne que par un plan très mince, le constricteur supérieur du pharynx ».

Voici (42) l'opinion émise, en 1863, par le professeur de Deroubaix, dans une leçon sur l'amygdalotomie, faite à Bruxelles, à l'hôpital Saint-Jean : « Le bistouri d'ailleurs n'est pas sans danger. Je vous ai parlé des rapports que les tonsilles affectent avec la carotide interne : eh bien ! il est arrivé, et pour ma part j'en connais un exemple, que le bistouri, coupant trop en dehors, a entamé ce tronc artériel et produit une hémorrhagie mortelle ».

En 1864, Guersant (43) publiait sa notice sur la chirurgie des enfants, dont nous extrayons les passages suivants : « Si, chez les très jeunes sujets, dont l'arrière-gorge est rétrécie, l'hypertrophie n'est ordinairement pas de nature, après l'excision des amygdales, à inquiéter par des hémorrhagies, il n'en est pas de même chez les individus de 18 à 20 ans ; on a souvent à redouter de l'hémorrhagie chez eux. J'ai opéré 12 ou 15 adultes, et je dois dire que 4 ou 5 au moins m'ont donné de l'inquiétude, et que je n'ai pu, chez eux, arrêter l'hémorrhagie que par le fer rouge à blanc.

. Très souvent nous énucléons l'amygdale. Nous devons dire, pourtant, que cette manière d'agir ne met pas plus à l'abri de l'hémorrhagie, que l'ancienne méthode à l'aide des pinces et du bistouri. Si, avec l'amygdalotomie, on est

à l'abri de la lésion de la carotide, on peut avoir des hémorrhagies par l'ouverture des vaisseaux, qui rampent dans le tissu de l'amygdale. Cet accident est rare chez les enfants, et s'observe surtout chez les adultes, chez lesquels l'hypertrophie est plus ancienne.

« Les hémorrhagies s'observent à deux époques : ou bien immédiatement après l'opération, ou bien elles sont consécutives et apparaissent de 4 à 5 jours après l'opération. »

En 1865, M. Desnos (44) s'exprime ainsi : « Nous devons toutefois faire remarquer que l'amygdalotomie n'est pas tout à fait exempte de dangers, sans parler d'hémorrhagies graves, hémorrhagies en nappe qui ont pu compromettre la vie des opérés ».

Demarquay (45), en 1869, dans une note communiquée à la *Gazette des hôpitaux* pose ainsi l'étiologie de l'hémorrhagie, après l'excision de l'amygdale : « Le sang vient presque toujours des vaisseaux de l'amygdale hypertrophiée. On sait que cette glande reçoit des artères volumineuses, eu égard aux proportions de l'organe. Ces artères viennent de la pharyngienne inférieure et des palatines supérieure et inférieure. Après des amygdalites nombreuses, quand la glande est dure, très hypertrophiée, les vaisseaux participent à l'hypertrophie. Si on coupe alors les vaisseaux, très près de leur entrée dans l'amygdale, avant qu'ils ne soient épanouis en bouquet d'artérioles, on s'expose à des hémorrhagies sérieuses ; c'est ce qui arrive avec l'amygdalotomie. Si, comme le dit M. Guersant, l'opération est d'autant moins dangereuse que le sujet est plus jeune, c'est qu'alors on a affaire à des amygdales molles, qui peuvent être coupées à moitié ou aux trois quarts et dans lesquelles les vaisseaux ne sont pas encore hypertrophiés. »

De nos jours, aucun des auteurs ne conteste la possibilité de l'hémorrhagie dans l'opération qui nous occupe. Du reste, l'opinion de M. de Saint-Germain sur l'hémorrhagie consécutive à l'ablation des amygdales par l'instrument tranchant, fera suffisamment connaître quelles sont les idées d'aujourd'hui. Nous ne pouvons mieux faire, pour cela, que de citer divers passages des leçons de ce savant maître, faites en 1875, 1879 et 1885, à l'hôpital des Enfants Malades.

En 1875, M. de Saint-Germain s'exprime ainsi : « N'enlevez jamais d'amygdales enflammées : c'est dans ce cas surtout que l'hémorrhagie est à craindre ».

En 1879, M. de Saint-Germain nous dit : « Eu égard à l'hémorrhagie consécutive à certaines amygdalotomies, il est intéressant de savoir quels sont les vaisseaux qui

fournissent le sang. Il est rarement artériel et proviendrait alors des branches fournies par la pharyngienne inférieure et les deux palatines supérieure et inférieure ».

L'hémorrhagie, de beaucoup la plus fréquente, provient de la lésion du plexus veineux qui tapisse la face extérieure de la glande, et se continue, en arrière, avec le plexus veineux pharyngien. A ce moment, M. de Saint-Germain répète ce qu'il a dit en 1875 : « L'amygdale est-elle très rouge, enflammée, n'y touchez pas, quel que soit son volume; c'est dans ce cas-là que vous aurez des hémorrhagies inquiétantes ». Puis il continue : « En prenant la précaution de ne couper que la moitié ou les deux tiers de l'amygdale, l'hémorrhagie n'est pas à craindre chez l'enfant. Il n'en est pas de même chez l'adulte. On sait qu'un de nos professeurs les plus regrettés, Axenfeld, faillit succomber, pendant son Internat, à une hémorrhagie consécutive à l'ablation d'une amygdale, pratiquée par son chef Guersant; et j'ai observé chez deux adultes deux hémorrhagies des plus inquiétantes ».

En 1885, M. de Saint-Germain professe : « C'est surtout chez les demi-adultes, vers 17, 18 ou 19 ans, et chez les adultes que vous redoublez d'attention; à cette époque plus qu'à toute autre, l'hémorrhagie pourra dans certains cas être grave, et vous devez alors, après l'amygdalotomie, rester au moins une heure auprès de votre opéré, afin de surveiller et de prévenir toute complication ». M. de Saint-Germain donne ensuite le récit d'un cas d'hémorrhagie que nous rapporterons plus loin; et il ajoute : « Enfin méfiez-vous de l'amygdalotomie chez l'adulte, et ne la pratiquez qu'à la dernière extrémité ».

CHAPITRE II.

Observations d'hémorrhagie et accidents sérieux consécutifs à l'opération de l'amygdalotomie.

Dans le chapitre précédent, nous avons donné, par ordre chronologique autant que possible, l'opinion des différents maîtres au sujet de l'hémorrhagie, après l'excision des amygdales hypertrophiées. Nous allons maintenant rapporter les observations intéressantes que nous avons pu réunir, de l'hémorrhagie, de l'inflammation consé-

cutive de l'arrière-gorge, de l'œdème de la glotte, de la déchirure de la muqueuse pharyngienne, de l'état couenneux des plaies qui succèdent à l'ablation des tonsilles. Nous terminerons ce chapitre par quelques faits de rupture de l'anneau sécateur de l'amygdalotomie.

Il est facile, par ces quelques lignes, de voir que l'hémorrhagie n'est pas le seul accident sérieux qui puisse survenir dans l'opération de l'excision des amygdales par l'instrument tranchant ; car la déchirure de la muqueuse du pharynx avec l'œdème de la glotte est un accident tout aussi redoutable que l'hémorrhagie ; en effet, sur trois cas de ce genre, deux se sont terminés par la mort.

I^{re} Observation. en 1831.

Chez un adulte que j'opérai au commencement de 1831, à la maison de Madame Reboul, la perte de sang était telle, au bout de deux heures, qu'il fallut appliquer de l'alun en poudre sur la plaie. Velpeau (49).

II^e Observation. en 1835.

J'ai vu la même chose depuis sur un de mes malades (même auteur). Dans une leçon faite à l'Hôtel-Dieu et rapportée dans le Bulletin général de thérapeutique de 1843, page 33, Alph. Robert cite un troisième cas, où Velpeau aurait été obligé d'appliquer de l'alun en poudre, pour arrêter l'hémorrhagie. Ce dernier cas n'appartient pas à ce chirurgien, et de plus c'est un cas de mort.

III^e Observation. en 1835.

Un adulte se présente à Gensoul (50), porteur d'une hypertrophie des deux amygdales. Il est opéré séance tenante, sans perte de sang ; mais, quatre heures après, une hémorrhagie abondante se déclare. En l'absence de Gensoul, deux autres médecins sont appelés pour remédier à ce terrible accident. A l'arrivée de Gensoul, le cas était pressant, le malade s'affaiblissait rapidement et le pouls devenait de plus en plus difficile à sentir. Ce chirurgien établit aussitôt la compression des deux carotides, pendant 10 minutes : l'hémorrhagie s'arrêta immédiatement. Gensoul fit cependant continuer encore pendant une demi-heure la compression sur la carotide, du côté où avait eu lieu l'hémorrhagie.

IV^e Observation. 1847.

Lustreman (51), professeur au Val-de-Grâce, opéra un homme qui fut pris, après l'opération, d'une hémorrhagie assez forte pour inspirer de graves inquiétudes.

V^e Observation. 1847.

Félix Hatin (52), ayant eu à pratiquer une amygdalotomie avec l'instrument de Fahnstock, eut à combattre une hémorrhagie tellement considérable, que la syncope survint. Tous les moyens ayant échoué, avant de se décider à avoir recours au fer rouge, il imagina de comprimer directement la surface amygdalienne, à l'aide d'une pince longue dont les deux extrémités furent préalablement garnies de rondelles d'agaric. Cela fait, il introduisit une des branches dans la bouche et l'appliqua sur la surface saignante ; l'autre branche fut placée sur la face cutanée de la joue, et, maintenant les anneaux rapprochés à l'aide d'un fil, on suspendit l'écoulement du sang.

VI^e Observation. 1846.

Philippe Boyer (53) a vu dans la pratique de son père, l'illustre auteur des maladies chirurgicales, un homme replet, gros, âgé de 50 ans, avoir, après la simple excision d'une amygdale, une hémorrhagie telle que le sang inonda ses vêtements et que Boyer n'osa exciser l'autre.

VII^e Observation. 1847.

Chassaignac (54) rapporte à la Société de chirurgie, d'octobre 1847, qu'il a été appelé la nuit dernière par les docteurs Sandouville et Faure, auprès d'une malade qui avait été, huit jours auparavant, opérée des amygdales et qui avait une hémorrhagie, qui commençait à l'affaiblir. On voyait parfaitement d'où partait le sang et l'on avait employé une foule de moyens, sans pouvoir l'arrêter. La malade en avalait ; déjà même elle en avait rendu par le vomissement. Sous l'influence d'un bourdonnet de charpie, imbibé de jus de citron, l'hémorrhagie parut s'arrêter ; mais elle reparut peu de temps après. Chassaignac prit alors un morceau de glace avec la pince de Muzeux et l'appliqua sur la plaie : l'hémorrhagie s'arrêta.

VIII^e, IX^e et X^e Observations. 1847.

Ces trois observations sont dues à Guersant (55) ; les deux premières hémorrhagies ont eu lieu chez des enfants, et la troisième chez un adulte. Pour cette troisième hémorrhagie, Blandin fut appelé et ne parvint à l'arrêter qu'en portant le fer rouge sur la plaie.

XI^e Observation. 1847.

C'est Huguier (56) qui rappelle, en octobre 1847, qu'il a eu, lui aussi, à remédier à l'hémorrhagie après l'excision des amygdales. L'hémorrhagie s'arrêta sous l'influence de boissons glacées.

XII^e Observation. 1848.

Hatin (57) a publié, dans l'*Abeille médicale*, qu'il opéra une jeune femme, et qu'après son départ elle fut prise d'une hémorrhagie abondante. Hatin fut appelé auprès de sa malade qui vomissait le sang à pleine cuvette et se trouvait mal à chaque instant.

XIII^e Observation. 1848.

Monod (58), rappelant à la Société de chirurgie, dans la séance du 27 septembre 1848, son moyen pour arrêter les hémorrhagies après l'excision des amygdales, ajoute que dernièrement il a eu à opérer un malade qui fut pris d'une hémorrhagie si abondante, que quelques minutes suffirent pour remplir une demi-cuvette.

XIV^e Observation. 1848.

Stanski (59) opère, le 21 septembre 1848, M. *** peintre en bâtiments, âgé de 25 ans.

Les 22 et 23, tout va bien.

Le 24, exécution d'un caillot ; le sang reparait à 5 heures du matin ; arrêt facile ; mais le soir, vers 10 heures, ce fut une véritable hémorrhagie, et le sang artériel fut rendu presque à flot. Le traitement employé diminuait, mais n'arrêtait pas l'hémorrhagie. Le malade était très pâle, et ne pouvait se tenir sur son séant. Le pouls était très faible et intermittent, à chaque 3^e pulsation. Cette intermittence était en rapport

avec la respiration, laquelle était très accélérée. Cette faiblesse n'était nullement en rapport avec l'hémorrhagie par la bouche, mais tenait à ce que le malade avalait beaucoup de sang : ce qui fut prouvé par les selles noires des jours suivants.

Compression de la carotide et arrêt.

Le 26 et le 27, apparition de douleurs rhumatismales.

Le 4 octobre, diagnostic d'une pleurésie droite.

Le 8, crachement de sang.

Le 9, crachement de sang et expectation d'un caillot noir : nouvelle hémorrhagie.

Le traitement déjà employé est inefficace.

Compression directe sur la plaie. Arrêt définitif.

XV^e Observation. 1851.

Nous (60) pratiquions l'excision des amygdales, sur un jeune garçon ; par suite d'un développement anormal du réseau fourni à la face externe de la tonsille par les artères palatine et pharyngienne inférieure, une hémorrhagie très sérieuse se manifesta aussitôt que la première opération fut terminée.

L'écoulement du sang était tellement abondant qu'il nous suggéra immédiatement l'idée d'aller comprimer avec l'index la surface saignante. Nous cherchions le moyen le plus simple de remplacer l'action de notre doigt, lorsque notre vue tomba sur de petites pincettes à feu, que l'on nomme vergettes ; notre instrument de compression était trouvé. Nous fîmes entourer d'amadou l'une des plaques qui les terminent ; elle fut introduite dans la bouche et substituée à notre index, sur la surface saignante de l'amygdale. La branche opposée vint prendre son appui en arrière de l'angle de la mâchoire, dont le vide fut comblé avec une compresse, pliée en plusieurs doubles. Pour maintenir la compression, il suffit de jeter, autour des tiges de la pincette, un cordon. Ce moyen eut un plein succès et put être enlevé le second jour, sans que l'hémorrhagie se reproduisît.

(Debout.)

XVI^e Observation. 1852.

Le 12 juillet 1852, Chassaignac (61) reçoit dans son service, à Lariboisière, le nommé Bouvrey Pierre, menuisier, âgé de 38 ans. Hypertrophie des amygdales et polype du nez. Opération des amygdales, le 14 ; il y a à la suite une hémorrhagie

fort abondante, qui finit pourtant par cesser au moment où l'on se préparait à enlever le polype, pour agir plus facilement sur l'hémorrhagie. Le lendemain, le malade est très affaibli et le pouls très fréquent.

XVII^e Observation. 1852.

Chassaignac opère, un jour, un élève de Saint-Cyr, pour une hypertrophie des amygdales assez intense. Quelques instants après l'opération, le jeune opéré est pris d'une perte de sang assez abondante. Ce jeune homme avait, pendant l'opération, gardé son col militaire. Chassaignac s'en aperçoit, le lui fait ôter, et l'hémorrhagie s'arrête d'elle-même.

XVIII^e Observation. 1852.

Portot Elisa, cotonnière, âgée de 21 ans, demeurant rue Saint-Ambroise, 14, entre à Lariboisière, le 26 juillet 1852, salle Sainte-Marthe, n° 20, service de Chassaignac (62).

Depuis l'âge de 8 ans, fréquents maux de gorge, coïncidant avec les époques, depuis l'âge de la puberté. Le 28, amygdalotomie, légère hémorrhagie. A l'examen, les amygdales enlevées montrent de nombreux foyers hémorrhagiques; quelques-uns peuvent avoir été déterminés par les branches du trident; mais d'autres, par leur situation et leur aspect, sont antérieurs à l'opération.

XIX^e Observation. 1857.

Un jeune garçon fut amené à la consultation de l'hôpital des Cliniques, pour un engorgement chronique des amygdales. Nélaton (63) ayant jugé utile de pratiquer la résection de ces glandes, elle fut exécutée séance tenante. Il n'y eut, immédiatement, qu'une très légère perte de sang. Mais, pendant le cours de la seconde nuit qui suivit l'opération, c'est-à-dire plus de 40 heures après l'opération, il se manifesta une hémorrhagie très abondante. Le lendemain matin, l'enfant se présenta de nouveau à la consultation; l'hémorrhagie était arrêtée; mais on voyait sur l'amygdale un petit caillot adhérent. L'hémorrhagie était encore imminente au moindre effort qui eût détaché ce caillot.

XX^e Observation. 1857.

Nélaton (64) cite le fait de Saint-Yves de Melun, dans lequel l'hémorrhagie eut lieu

le quatrième jour après l'opération. La perte de sang fut si abondante et si difficile à réprimer, qu'elle inspira des craintes sérieuses. On ne put l'arrêter que par le cautère actuel.

XXI^e Observation. 4857.

Fabre, rédacteur en chef de la *Gazette des hôpitaux*, écrivait dans ce journal, en 1857, page 570 : « Nous nous rappelons en ce moment un cas du même genre ; mais les détails n'en sont pas assez présents à notre esprit pour pouvoir dire combien de temps après l'opération eut lieu l'hémorrhagie. Mais ce qui nous est bien resté dans le souvenir, c'est qu'après avoir employé une foule de moyens, le cautère actuel ayant même échoué, on ne put parvenir à mettre un terme à cette hémorrhagie, qui menaçait de devenir mortelle, qu'en exerçant une compression directe sur l'amygdale, au moyen d'une sorte de pince, semblable à celle dont on se sert pour prendre du sucre. »

XXII^e Observation. 1857.

Ancelon (65), hôpital de Dieuze (Meurthe), rapporte l'observation de Joséphine Jacquemin, de Sorneville, âgée de 22 ans, entrée à l'hôpital, le 5 octobre 1857, pour aphonie par hypertrophie des amygdales : opération de l'amygdale droite le 7 ; l'écoulement du sang par la surface de la plaie, récemment faite, fut d'abord insignifiante et semble avoir cessé vers la fin de la première demi-heure qui suivit l'opération. Mais, une heure environ après notre départ, une inquiétante hémorrhagie se déclara, qui força notre adjoint, le docteur Moye, à recourir aux réfrigérants sur le cou, aux gargarismes d'eau de Pagliari, aux sinapismes promenés sur les extrémités inférieures.

XXIII^e Observation. 1859.

Le 28 février 1859, le docteur Alfred Liégard (66), de Caen, voit pour la première fois sa malade ; c'est une femme âgée de 36 ans, forte de constitution, sujette aux angines depuis 4 ou 3 ans ; l'hypertrophie des amygdales est considérable. Le même jour, l'opération est pratiquée. Il n'y eut pas d'hémorrhagie. Le lendemain 29, il y avait du mieux du côté de l'esquinancie ; le pouls, qui, la veille, était à 120, était tombé presque à la normale. Le soir, la malade prend une tasse de lait et éprouve des vomissements, qui déterminent une hémorrhagie assez abondante.

XXIV^e Observation. 1860.

Thompson (67), en 1860, a vu l'excision des amygdales enflammées donner lieu à une hémorrhagie presque foudroyante. Il se disposait à lier la carotide, lorsqu'un attouchement au perchlorure de fer de la surface saignante arrêta l'hémorrhagie; le sang était fourni par les vaisseaux de l'amygdale considérablement développés. Nous trouvons ce cas signalé également par Erhman de Mulhouse, dans son mémoire présenté, en 1878, à la Société de chirurgie.

XXV^e Observation. 1861.

Vidal de Cassis (68), en 1861, nous fournit le fait suivant. Un jeune homme désirait faire enlever ses amygdales, bien grosses, bien gênantes, et qui lui occasionnaient au moins deux angines par an. Il me supplia de l'opérer chez moi pour ménager la vive sensibilité de sa mère. Ce sujet avait été scrofuleux, avait une langue énorme et une bouche d'une profondeur considérable. Les glandes furent difficiles à saisir, encore plus difficiles à couper, car elles avaient un noyau dur, que le bistouri divisa péniblement. Après l'opération, qui fut longue et douloureuse, l'opéré prit une voiture et se rendit chez lui. Là, après un repos d'une heure, survint une hémorrhagie abondante; le sang était rutilant. Je fus mandé pour comparaître devant la mère éplorée et le médecin ordinaire. J'avoue que mes craintes furent grandes, car le sang coulait toujours plus abondamment, et l'opéré pâlisait toujours plus.

J'ordonnai le plus grand silence et la plus grande immobilité, et je fis introduire dans la bouche des fragments de glace qu'on renouvelait dès qu'ils étaient fondus. Ce réfrigérant calma un instant l'hémorrhagie, qui se renouvela pendant la nuit et le lendemain encore, car la glace avait été négligée. Je la fis administrer avec plus de soin, et le soir il ne coula plus de sang. Il paraît que cette hémorrhagie était due à une artériole très développée par le mouvement d'hypertrophie, qui avait dû être très énergique; les tonsilles de ce jeune homme avaient un volume considérable.

XXVI^e Observation. 1861.

Nous devons cette observation à l'obligeance de notre maître M. Chedevergne, directeur de l'École de médecine de Poitiers.

« En 1861, pendant mon Internat à l'hôpital Lariboisière, j'ai observé, dans le service de Chassaignac, une hémorrhagie extrêmement abondante, chez un adulte, 3 heures après une double ablation d'amygdale. Cinq ou six internes, présents, ne purent l'arrêter avec le perchlorure de fer, la glace, etc. Le docteur Chassaignac, prévenu, établit la compression; et l'hémorrhagie, suspendue immédiatement, ne reparut plus. »

M. Chedevergne ajoute : « C'est le seul cas d'hémorrhagie que j'aie rencontré. Je crois que cet accident serait beaucoup plus rare, si les instruments coupaient bien, et si, comme nous le recommandait Nélaton, on ne sectionnait qu'une partie, la moitié environ de l'épaisseur de l'amygdale. »

XXVII^e Observation. 1862.

Ce cas vient encore du service de Chassaignac (68), à Lariboisière; mais laissons parler ce maître : « J'ai eu un remarquable exemple d'hémorrhagie sur l'un des dévoués élèves de mon service, M. Guéniot, à qui je pratiquai l'ablation simultanée, avec la recommandation de garder la chambre et même le lit pendant 24 heures. L'opéré n'en tint compte; il sortit dans la journée, fut pris d'une hémorrhagie, devenue plus tard tellement abondante et accompagnée de telles syncopes, que, sans la présence d'esprit de mes excellents internes de Lariboisière, nous aurions pu avoir à déplorer la perte du malade. »

XXVIII^e Observation. 1868.

Le 3 mars 1868, Jarjavay (69) opère des amygdales. J. G., étudiant en médecine. Soulagement immédiat; beaucoup de sang s'écoule; le malade se gargarise et va déjeuner; mais l'hémorrhagie continue, en dépit de l'alun, de l'acide citrique et de la station verticale. Le soir, elle augmente même au moment du dîner; mais enfin elle finit par s'arrêter pendant la nuit.

L'examen de l'amygdale enlevée, dont le poids était de 7 grammes, montra, à son centre de section, un vaisseau d'un demi-millimètre de diamètre.

XXIX et XXX^e Observations. 1869.

« J'ai vu deux fois des hémorrhagies survenir après l'opération de l'amygdalotomie, et deux fois cette opération avait été faite avec l'amygdalotome. » Ainsi s'ex-

prime Demarquay (70), dans une note communiquée à la *Gazette des hôpitaux*, au sujet de l'hémorrhagie consécutive à l'amygdalotomie.

XXXI^e Observation. 1868.

Broca (71), en 1869, pratique une double ablation d'amygdale sur un marchand de vin de la rue de la Huchette. Quelques instants après, l'opéré est pris d'une hémorrhagie assez grave que Broca parvint à arrêter avec de la glace ; le malade était hémophile ; quelques mois auparavant en effet, cet homme avait eu une perte de sang fort abondante, après l'avulsion d'une dent.

XXXII^e Observation. 1872.

Gunter (72) rapporte l'observation d'un malade chez lequel l'excision de l'amygdale droite hypertrophiée avait été suivie d'hémorrhagies secondaires, assez graves pour nécessiter au 6^e jour, après l'essai infructueux des hémostatiques, la ligature de la carotide primitive. La carotide interne ne pouvait pas avoir été lésée dans ce cas, car la glande n'avait été excisée que partiellement ; mais il s'agissait d'un sujet débile, hémophilique et en cours de traitement d'une syphilis secondaire. Ce cas est cité dans le mémoire d'Erhman.

XXXIII^e Observation. 1875.

M. Mary (73), dans sa thèse, donne une longue observation qu'il doit à l'obligeance de notre maître, M. le professeur Verneuil ; en voici le résumé : Un étudiant en médecine, élève de M. Tillaux, souffrait depuis longtemps d'une hypertrophie considérable des amygdales. M. Tillaux lui ayant refusé de l'opérer, il résolut de se débarrasser lui-même et se fit une auto-amygdalotomie. Une hémorrhagie s'en suivit, et M. Verneuil, appelé par la famille, eut toutes les peines du monde à arrêter cette abondante perte de sang, dont il ne put se rendre maître qu'en plaçant une pince à demeure ; mais l'anémie était déjà profonde, et la convalescence fut longue.

XXXIV^e Observation. 1883.

Daly (74), dans sa note sur l'amygdalotomie, rapporte que, chez un garçon de ferme, on eut à faire l'ablation d'un amygdale, en plein champ ; car le patient, pris de

peur, s'était enfui. Il se déclara une hémorrhagie tellement abondante et longue, que l'opérateur fut obligé de faire la compression digitale sur la surface saignante, pendant plusieurs heures, jusqu'à ce que l'on vint à son aide. Pour ma part, ajoute Daly, j'ai eu à remédier à une hémorrhagie secondaire: deux jours après l'opération, le malade guérit. C'est donc notre XXXV^e Observation.

XXXVI^e Observation. 1885.

Hôpital des Enfants Malades. M. de Saint-Germain (75): « Je me souviens encore d'avoir enlevé les amygdales à un jeune homme de 20 ans, que je faillis perdre deux heures après, d'une hémorrhagie vraiment effrayante. Le malade était absolument exsangue, et je ne parvins à arrêter le sang qu'en enveloppant le cou de mon malade d'un véritable collier de glace. »

XXXVII^e Observation. 188...

Il y a quelque temps, dit M. Reclus, j'opérais, à Saint-Antoine, des deux amygdales, un garçon paraissant d'une assez bonne constitution. Tout alla bien sur le moment, la perte sanguine fut insignifiante, s'arrêta d'elle-même, et notre malade partit au bout d'un quart d'heure. Que fit-il, arrivé chez lui? Je l'ignore. Toujours est-il qu'il eut une hémorrhagie des plus graves, qu'on parvint cependant à arrêter dans la journée. Le lendemain matin, quand ce jeune homme vint nous voir à Saint-Antoine, nous le trouvâmes tellement faible et décoloré que nous demandâmes à le garder quelques jours dans le service.

XXXVIII^e Observation. 1879.

M. Voss (77) termine son mémoire sur l'ablation des amygdales et de la luette par ces deux passages :

« 27 fois l'hémorrhagie ne céda pas aux gargarismes froids, ou reparut plus tard, et nécessita l'emploi des hémostatiques. Aucun de ces malades n'avait plus de 12 ans.

« Mais un cas plus grave fut celui d'une jeune femme de 22 ans, chez laquelle une perte de sang abondante ne fut arrêtée qu'au bout de 6 heures. »

Nous venons de faire connaître une assez longue suite d'observations d'hémorrha-

gie grave ; quelques cas même ont failli coûter la vie aux opérés : tels sont les faits rapportés par Vidal de Cassis, Chassaignac, Thompson, M. de Saint-Germain. Les observations qui suivent sont plus concluantes encore à l'égard de la crainte que l'on doit garder de l'hémorrhagie consécutive à l'amygdalotomie pratiquée avec l'instrument tranchant ; dans tous ces derniers cas, en effet, la mort par hémorrhagie foudroyante est venue terminer une opération passée depuis longtemps dans le domaine public et que tout le monde s'accorde à regarder comme peu sérieuse.

XXXIX et XL^e Observations. Mort.

Chelseden donne sans détails deux cas de mort par ablation des amygdales. L'opération avait été forcément faite au bistouri : il n'existait à cette époque aucun amygdalotome. Portal, dans son Cours d'anatomie médical, cite aussi ces deux faits.

XLI^e Observation. Mort.

Portal (78) écrit en 1803 : « Il ne faut jamais inciser les amygdales avec le pharyngotome ; car c'est avec cet instrument qu'un habile chirurgien de Montpellier eut le malheur d'ouvrir une grosse artère et de voir périr son malade d'une hémorrhagie si violente, qu'on ne put jamais parvenir à l'arrêter. »

XLII^e Observation. Mort.

Allan Burus (79) rapporte le cas suivant :

Dans ce pays, m'a-t-on dit, un chirurgien, en coupant une amygdale, plongea véritablement le couteau dans la carotide. « Je n'ai pas besoin d'ajouter qu'il perdit son malade avant d'avoir pu supprimer l'hémorrhagie. »

XLIII^e Observation. Mort.

Nous regrettons de ne pouvoir citer en détail le fait de Barclay (80). Nous en avons trouvé l'indication dans bien des auteurs ; mais le texte n'existe ni à la bibliothèque de l'Ecole de médecine, ni à la bibliothèque nationale. Cependant, à Philadelphie, il existe de ce livre deux éditions : l'une de 1812 et l'autre de 1820.

XLIV^e Observation. Mort.

Béclard (81) rapporte qu'un opérateur ambulant, de passage à Angers, eut à

exciser des amygdales hypertrophiées. Après l'opération, le malade eut une hémorrhagie si terrible, qu'on ne put s'en rendre maître, et l'opéré mourut.

XLV^e Observation. Mort.

Une jeune femme portant des amygdales hypertrophiées fut reçue dans une des salles de l'hôpital de la Charité. Champion (82) pratiqua sur ces glandes des scarifications qui furent suivies d'une hémorrhagie foudroyante, et la femme était morte quand Champion revint près d'elle.

XLVI^e Observation. Mort.

Philippe Boyer (83) a vu, dans la pratique d'un chirurgien habile, un enfant mourir d'hémorrhagie à la suite d'une excision d'amygdales.

XLVII^e Observation. Mort.

Dans Tenon, Mémoire sur l'anatomie, nous trouvons le passage suivant: « Eh! pourquoi déguiserais-je la vérité? Puis-je oublier et taire qu'un habile chirurgien, voulant ouvrir un dépôt au pharynx, gêné par la langue, eut le malheur d'atteindre une des branches de la carotide, et que l'hémorrhagie, qui succéda, fut incontinent suivie de mort? » Tel est le seul passage qui ait pu permettre aux auteurs de parler si souvent du cas de Tenon; nous devons avouer que ce cas de mort nous paraît se rapporter aussi peu que possible au sujet qui nous occupe.

XLVIII^e Observation. Mort.

Le professeur Deroubaix (83), dans une leçon sur l'hémorrhagie dans l'amygdalotomie, dit: « C'est ainsi que j'ai vu périr sous mes yeux un jeune officier de cavalerie, plein de vigueur quelques heures auparavant. Loin de moi l'idée de faire de ce triste accident un crime au chirurgien habile qui opérait. »

XLIX^e et L^e Observations. Mort.

Les deux cas de mort suivants sont imputés à Broca.

Le premier est antérieur à 1875, puisque la communication orale en a été donnée par Broca lui-même à M. Mary, pour sa thèse de doctorat.

Quant au second cas, il remonte à 1879. C'est le cas de cet étudiant étranger, de

24 ou 25 ans, qui, opéré par Broca, eut une hémorrhagie tellement intense qu'il succombait le lendemain. Dans une leçon faite en 1882, à l'hôpital de la Charité, M. Desprès (84) termine en disant que le malheur arrivé à Broca tient à ce que, en enlevant la totalité de la glande, on a ouvert les artérioles tout près de leur origine.

LI^e Observation. Mort.

M. Mary, dans sa thèse de 1875, s'exprime ainsi : « Nous avons entendu parler d'un cas malheureux où la malade a succombé ; nous ne voulons pas dire à qui il est attribué, parce que l'auteur n'est plus et n'a pas jugé bon de le publier. »

LII^e Observation. Mort.

Hôpital des Enfants Malades. Leçon de M. de Saint-Germain (85) :

Je soignais, l'an dernier, une dame pour une fracture de jambe ; et, un jour que je la pensais, elle me raconta qu'un de ses amis venait de mourir d'une manière bien subite et bien étrange. Son médecin, me dit-elle, lui avait coupé une amygdale. Je ne sais par quel procédé. Le lendemain, le médecin revint pour examiner la gorge. Le malade était à table, il se leva et passa dans son cabinet avec le médecin. Celui-ci, constatant qu'il existait une petite languette, laquelle avait échappé au tranchant, entreprit de la couper, la saisit avec des pinces et introduisit son bistouri. Alors que se passa-t-il ? Le malade fit-il un mouvement violent de la tête ? S'empara-t-il de la lame de l'instrument ? Nous l'ignorons ; mais toujours est-il qu'un flot de sang vint inonder l'opérateur et que le malade tomba mort sur le parquet.

LIII^e Observation. Mort.

Le nommé X. (86), âgé de 8 ans 1/2, entre à l'Hôtel-Dieu de Reims, au mois de novembre 1879, pour une angine tonsillaire double. La période inflammatoire terminée, on constate une hypertrophie des deux amygdales, qui gêne considérablement la déglutition et la respiration. L'excision est jugée nécessaire ; on procède à l'ablation du côté gauche avec l'amygdalotome. La section est immédiatement suivie d'une hémorrhagie, que l'on arrête aussitôt par une forte compression, exercée avec des pinces spéciales. Ces pinces sont enlevées le soir de l'opération, et au même moment une hémorrhagie foudroyante se déclare : le malade succombe en quelques instants.

Autopsie. A l'autopsie, on constate une anomalie de la carotide interne, qui décrit

une courbe très prononcée au niveau de l'amygdale. Le tissu de celle-ci est creusé d'une dépression dans laquelle le vaisseau est logé presque tout entier. On constate de plus que l'amygdalotome a intéressé la paroi vasculaire vers le sommet de la courbe. Cette lésion explique suffisamment l'hémorrhagie.

Nous avons trouvé, dans la thèse de M. Verdenal, soutenue à Nancy, en 1882, deux passages qui nous ont fort surpris et que nous jugeons même tant soit peu paradoxaux ; nous allons nous permettre de les citer *in extenso*, et nous croyons qu'il nous sera facile de prouver que la manière de voir de M. Verdenal est un peu erronée : « Il est absolument impossible d'établir une statistique de ces accidents, dit M. Verdenal en parlant des cas d'hémorrhagie ; nous souscrivons volontiers à l'opinion de M. de Saint-Germain, qui fait remarquer qu'on les publie rarement. Il serait donc puéril de vouloir réunir ceux qui se trouvent épars dans les différentes publications, et il serait peu scientifique de formuler un jugement d'après le chiffre plus ou moins fort qu'on aurait obtenu. Nous ne commettrons pas cette faute. Nous nous contenterons de dire que ces hémorrhagies sont possibles, même qu'elles ne sont pas rares, qu'elles peuvent compromettre la vie du malade, et qu'il ne faut donc pas négliger de les prendre en considération. Toutefois, pour éviter de paraître formuler une affirmation gratuite, nous rapporterons quatre observations. » Suivent les quatre observations ; et M. Verdenal termine en disant : « Les observations qui précèdent font bien ressortir la gravité de l'excision des amygdales ; et elles expliquent bien les appréhensions que cette opération inspira à des chirurgiens de la plus grande habileté ».

Comme le docteur Verdenal, nous croyons parfaitement que l'on est loin de publier tous les cas d'hémorrhagie. Mais où nous différons complètement d'opinion, c'est lorsqu'il dit qu'il serait puéril de vouloir réunir tous les cas, épars dans les différentes publications. Nous préférons, n'en déplaise à M. Verdenal, l'opinion de notre illustre maître, M. le professeur Verneuil, et nous croyons, avec lui, que réunir tous les divers cas d'hémorrhagie publiés, prouvera plus certainement le danger imminent de l'hémorrhagie consécutive, qu'une simple affirmation ; convaincu surtout, comme nous le sommes, que pour un cas publié dix auraient pu l'être.

Du reste, pour nous, il résulte des recherches auxquelles nous nous sommes livré, que l'hémorrhagie se produit dans des conditions assez bien déterminées et assez constantes. En effet, il est admis que l'hémorrhagie peut se montrer au moment de l'opération, ou n'arrive que quelques heures, quelques jours même plus tard. La source de

l'hémorrhagie est-elle la même dans ces deux cas? Nous ne le croyons pas.

Dans le premier cas, il est possible que l'hémorrhagie soit plutôt artérielle que veineuse ; car elle arrive, le plus souvent, quand on opère sur des amygdales dont le mouvement hypertrophique a été très intense et très long, et qui laisse par conséquent les artéριοles plongées dans une gangue de tissu fibreux, ne leur permettant qu'une rétraction incomplète. L'opinion de Bosworth (87), de New-York, vient parfaitement confirmer la nôtre, quand il dit : « Il n'y a presque jamais d'hémorrhagie chez les enfants. Très souvent on la rencontre chez l'adulte, elle n'est jamais dangereuse, mais souvent elle est très pénible ». Nous ne partageons pas la dernière partie de l'opinion de Bosworth, et cela découle naturellement de ce que nous croyons, dans ce cas-là, l'hémorrhagie plutôt artérielle que veineuse. Quant aux hémorrhagies tardives, que l'on peut rencontrer, soit avec des hypertrophies de consistance dure, soit avec d'autres de consistance molle, on a plutôt affaire à une hémorrhagie veineuse, en nappe, qu'à une hémorrhagie artérielle ; et, dans l'hypertrophie dure, on rencontre alors quelque gêne de la circulation ou de la respiration, comme le prouvent nettement les deux cas de Chassaignac, sur un Saint-Cyrien et sur un malade de Saint-Antoine. Pour les cas, où le tissu de la glande est resté mou, on avait probablement affaire à des amygdales enflammées. C'est aussi l'idée qu'exprime Hahn (88) dans son mémoire sur les amygdales hypertrophiées et leurs opérations. L'hémorrhagie peut en outre provenir d'une lésion d'organes situés en dehors de la tonsille. En effet, la déchirure de la muqueuse du pharynx, dans l'ablation des amygdales par l'instrument tranchant, peut donner lieu à une hémorrhagie grave. Le docteur Chassaignac cite l'exemple de ce malade qui arracha l'instrument avant que la section de l'amygdale ne fût complète. Il y eut hémorrhagie, par suite de la déchirure de la muqueuse pharyngienne. Il arrive qu'on rencontre des varicès aux environs de l'isthme du gosier. Elles peuvent exister sur la muqueuse, qui recouvre l'amygdale. Lasèque parle d'un jeune médecin, qui portait une varice volumineuse à l'union des piliers antérieur et postérieur gauches. Il est probable, ajoute-t-il, que la vascularisation exagérée ne s'arrêtait pas à la portion de la membrane muqueuse accessible à la vue. Il est de toute évidence que de semblables cas donneront toujours lieu à une hémorrhagie, quand ils seront opérés à l'aide de l'amygdalotome ou du bistouri.

La blessure des piliers du voile du palais doit aussi être invoquée comme cause de l'hémorrhagie. C'est l'opinion de M. de Saint-Germain, c'est aussi celle de Vidal de

Cassis. Toutefois, il est bon de distinguer quels sont les piliers blessés qui peuvent donner lieu à la perte de sang. Houzé de l'Aulnoit, dans son mémoire sur l'étranglement des amygdales, prouve surabondamment que la lésion des piliers antérieurs est exempte de tout danger ; et M. de Saint-Germain, à propos de l'enchâtonnement des amygdales, s'exprime ainsi : « Il est souvent indispensable, avec la pince et le bistouri, d'entamer les piliers antérieurs lorsque les amygdales sont enchâtonnées. » Mais il n'en est pas de même de la blessure des piliers postérieurs ; Vidal de Cassis cite un cas d'hémorrhagie après leur blessure ; et cela n'a pas lieu de nous surprendre, car M. Verneuil affirme avoir vu, plusieurs fois, d'une manière très nette, des pulsations artérielles en dedans et très près des piliers postérieurs. Nous estimons qu'elles étaient dues à la pharyngienne inférieure ; car, d'après Cruveilhier, son calibre présente un certain nombre de variétés, qui lui ont paru en raison inverse du développement de l'artère palatine. Cet anatomiste l'a vu même aussi volumineux que celui de l'occipitale.

L'hémorrhagie peut enfin, dans l'ablation avec le bistouri, provenir de la blessure de la langue. Dolbeau cite le fait d'un enfant, chez lequel un médecin pratiquait l'amygdalotomie par le procédé ordinaire, et qui, ayant fermé la bouche, eut la langue profondément coupée. Il en résulta une hémorrhagie, dont l'enfant ne guérit que par la ligature en masse de la langue (89).

Nous nous sommes étendu longuement sur l'hémorrhagie, après l'ablation des amygdales, parce que nous voyons là le principal inconvénient de cette méthode ; mais il existe d'autres inconvénients qui, pour n'être pas aussi sérieux, n'en sont pas moins à craindre ; et encore faut-il faire ses réserves pour la porte d'entrée qui ouvre à la diphthérie la plaie récemment faite.

Parmi ces derniers inconvénients, la repullulation, après l'opération, n'est certes pas le moindre. C'est un phénomène connu depuis longtemps. En effet, l'Académie s'est fort occupée, en 1751, de l'amputation des amygdales, à l'occasion du mémoire de Moscati. Parmi les réflexions qui furent faites alors, Chauvain dit qu'il avait vu les amygdales sujettes à une reproduction fongueuse. Louis répondit que la repullulation était connue depuis plus de 500 ans, et que Brunus de Padoue, dont la grande Chirurgie parut en 1252, s'exprime d'une manière explicite à ce sujet (90) : « *Illud autem quod securet a reditione ipsarum amygdalarum post earum incisionem, est ut locus cauterisetur, solent namque multoties redire* ». A la fin d'un article sur l'amygda-

lotomie, M. Debout (91) s'exprime ainsi : « Nous n'ajouterons plus qu'un seul mot : c'est que cette opération ne met pas, à beaucoup près, à l'abri des récidives ; et il nous serait facile de citer des cas dans lesquels il a fallu y avoir recours trois et quatre fois ».

De nos jours, tous les auteurs s'accordent pour admettre la réalité du reproche que nous faisons à l'amygdalotomie : nous n'en voulons pour preuve que les faits très récents que nous allons rapporter, et que nous empruntons aux Annales des maladies de l'oreille et du larynx :

M. X... âgé, de 43 ans, opéré en 1856, un peu d'amélioration, puis récidive.

Madame N., âgée de 30 ans, opérée par M. Lecorché, en 1874, éprouve une récidive en octobre 1875.

M. Jules Simon opère dernièrement à l'Enfant-Jésus un enfant de 10 ans et quelques mois ; le petit malade est atteint de récidive.

Voss, dans son mémoire sur l'ablation des amygdales et de la luette, nous apprend qu'il a eu, lui aussi, des récidives. Trois fois il a été obligé de renouveler l'opération au bout de quelques mois ; une quatrième fois au bout de 8 ans, chez un malade opéré à l'âge de 14 ans ; une cinquième fois 6 ans après, chez un homme de 31 ans.

Enfin Paul Koch, au Congrès laryngologique de Milan, s'exprime ainsi : « Mais nous savons, par expérience, que, malgré cette rétraction de la plaie après l'amygdalotomie, il est une partie de la glande qui est toujours disposée à s'enflammer et à produire tous les tourments d'une nouvelle amygdalite ; c'est même là le défaut que l'on reproche aux tonsillotomes. »

Un autre accident, qui peut avoir la plus haute gravité, consiste, au cours d'une ablation avec un amygdalotome, dans la rupture de l'anneau sécateur, et dans la chute d'un de ses segments dans le pharynx et dans l'œsophage. Ce fait, cité deux fois par Chassaignac, observé une fois chez Maisonneuve par M. de Saint-Germain son élève, s'est produit certainement bien des fois sans être signalé. Dernièrement encore, un praticien de Paris a vu le fait se produire entre ses mains ; nous taisons le nom, puisque rien n'a été publié ; mais le fait est certain, nous le tenons de M. Didier, interne de l'hôpital des Enfants Malades. Il est facile de se convaincre de la gravité de cet accident, si l'on songe aux désordres que peuvent produire dans le tube intestinal les angles et le tranchant de ce corps étranger. Pourtant, dans le dernier cas

que nous rapportons, l'anneau sécateur fut rendu avec les selles, sans avoir provoqué d'accident.

L'enclôture des amygdales entre les deux piliers est encore un écueil de l'amygdalotomie ; nous avons déjà dit, plus haut, que M. de Saint-Germain professe qu'en ces cas-là, si l'on opère avec le bistouri, il faut entamer le pilier antérieur. En se servant de l'amygdalotome, on évite cet écueil, mais pour tomber dans un autre. Laissons parler M. de Saint-Germain : « C'était en 1873. Muni de trois amygdalotomes de divers modèles, je me rendis un jour à Sèvres, mandé par un brasseur, qui voulait faire couper les amygdales à son fils. J'avais examiné chez moi cet enfant, et il m'avait semblé que ses amygdales étaient énormes. Aussi est-ce plein de confiance que je parlais pour cette opération. Mis en présence du petit malade et examinant de nouveau ses amygdales, je ne tardai pas à me convaincre que, malgré leur volume, elles étaient profondément cachées entre les piliers, et ne faisaient nullement saillie. Me rappelant toutefois que Guersant conseillait, dans cette circonstance, d'insinuer la lunette de l'amygdalotome entre l'amygdale et le pilier postérieur, je me livrai à cette tentative d'insinuation, une fois, deux fois, trois fois, et cela sans le moindre succès. J'ajouterai que l'enfant était doué d'une douceur exemplaire, et qu'on n'avait même pas chez lui à invoquer le prétexte de l'indocilité et de la contention difficile. Après une série d'essais infructueux, je dus mettre bas les armes et me retirer en bon ordre, quelques soins que j'aie apportés à couvrir la défaite. Je n'ai pas besoin de vous dire que je n'entendis plus onques parler du brasseur. » Nous avons choisi cet exemple entre tant d'autres pour qu'on ne puisse nous faire aucune objection. Un fait comme celui-là, arrivant à un maître aussi distingué et aussi expérimenté que M. de Saint-Germain !... Que doit-ce donc être pour la plupart des médecins ?

Nous avons parlé de la repullulation ; mais à côté il existe une complication grave, même très grave, de l'amygdalotomie : c'est l'inflammation suraiguë de la partie restante de la glande, sa propagation aux autres parties du pharynx et de la glotte, et la mort rapide qui peut en résulter. M. Bouchacourt (92) rapporte un fait de la sorte, dans lequel le malade mourut par œdème de la glotte.

M. Martin (90), de l'Hôtel-Dieu de Marseille, a publié deux cas semblables ; nous allons en donner un résumé.

I.

Dauphine Madeleine, âgée de 36 ans, entre le 29 février 1839, à l'Hôtel-Dieu de Marseille, pour hypertrophie des amygdales.

Elle est opérée le 13 mars.

Le 14, on constate un gonflement du cou très considérable; la respiration commence à être gênée, la déglutition est très difficile. On applique aussitôt 20 sangsues. Le soir, l'état étant le même, on prescrit de nouveau 20 sangsues: la malade s'en trouve bien.

Le 15, le gonflement commence à diminuer.

Le 16, le mieux continue.

La malade a guéri.

II.

En 1839, entre à l'Hôtel-Dieu de Marseille, salle 10, un militaire de 25 ou 30 ans. Il porte une amygdalite chronique. L'excision après quelques jours est pratiquée sur les 9 heures du matin. A 8 heures du soir, le cou est déjà pris d'un gonflement œdémateux; la respiration devient laborieuse, l'inspiration est forte, l'expiration s'accompagne d'un sifflement croupal; teint violacé de la face, pouls petit, fréquent; température au-dessous de la normale; malgré les secours, mort dans la nuit.

Autopsie: rien dans la poitrine, rien dans l'abdomen; on trouve la cause de la mort dans le gonflement et l'infiltration du tissu cellulaire du pharynx et du larynx.

Nous ne parlerons qu'en passant de l'aspect grisâtre que prend la surface de section après l'amygdalotomie; mais un point sur lequel nous insistons plus volontiers, c'est la possibilité de l'envahissement de la diphthérie, à laquelle on laisse une porte largement ouverte, par la plaie que l'on pratique sur la glande. Aussi M. de Saint-Germain s'est-il fortement appesanti sur ce point dans toutes les leçons, faisant un devoir aux opérateurs de différer leur opération le plus longtemps possible dans les endroits infectés de quelques cas de diphthérie et de ne jamais opérer en temps d'épidémie. Les faits que M. de Saint-Germain joint à l'appui de sa recommandation prouvent que cette crainte est loin d'être illusoire.

Enfin l'amygdalotomie par n'importe quelle méthode sanglante ne peut pas être

pratiquée à tout âge. Paul Guersant refusait souvent d'opérer vers l'âge de la puberté, de 12 à 14 ans pour les filles; de 16 à 18 ans pour les garçons. M. de Saint-Germain est du même avis, et MM. Gosselin et Legouest ont insisté sur ce point recommandant de n'employer qu'un traitement palliatif, à moins d'accidents qui nécessitassent une intervention immédiate.

Pour nous, la même réserve doit être gardée vis-à-vis de l'hypertrophie amygdalienne d'origine syphilitique. Rappelons la répugnance des chirurgiens, et des plus éminents, tels que M. le professeur Verneuil, pour l'intervention chirurgicale auprès de malades atteints d'une affection générale, comme la syphilis; et nous partageons pleinement l'opinion de M. Desprès (95), quand il dit: « On ne doit pas toucher à ces hypertrophies des amygdales. Ce serait faire de la plaie nouvelle un nouveau foyer de plaques muqueuses. »

CHAPITRE III.

Historique de l'ignipuncture dans l'hypertrophie des amygdales.

Mesué, d'après Velpeau, qui paraît avoir osé le premier porter des caustiques sur les amygdales, se servait en général du cautère actuel.

L'emploi de cet instrument est entrevu par Arétée, qui s'exprime ainsi, au sujet de la maladie qui nous occupe: « *Porro igne vitium oportet adurere* ». Arétée vivait vers l'an 60.

Brunus de Padoue, en 1252, s'est aussi servi du cautère actuel pour empêcher la renaissance des amygdales tuméfiées après leur résection: « *Illud autem quod securet a reditione ipsarum amygdalarum post earum incisionem, est ut locus cauterisetur, solent namque multoties redire* ».

Marc-Aurèle Séverin (96), parlant de l'épidémie d'angines, caractérisée surtout par une hypertrophie tonsillaire considérable, qui désola Naples de 1620 à 1641, s'exprime ainsi: « J'en ay guéri ici plusieurs, et Petrus Afflisius en Calabre, tant par la simple excision, quand elles avaient une queue déliée, que par le fer chaud, quand la base était large: garantissant le palais avec une lame percée. Mercatus veut qu'en

ce cas on se serve d'un cautère d'or plutôt que de fer ; mais je ne saurais approuver ce qu'il dit, qu'il ne doit pas être trop chaud ; chacun sait qu'il le doit être autant qu'il faut pour détruire le mal. »

Nous voyons par ce passage que Mercatus et Afflisius, amis de Séverin, se servaient aussi du fer rouge dans l'hypertrophie tonsillaire.

Heister (97), en 1683, dit que l'opération de l'excision des amygdales doit être rejetée comme barbare et trop difficile. La cautérisation semble lui plaire davantage ; et plus bas Heister se montre enfin si ennemi de la ligature qu'il lui préfère encore l'excision ; mais la cautérisation lui semble un moyen bien préférable.

Wiseman (98), premier chirurgien du roi d'Angleterre, Charles II, s'occupe des amygdales. Il distingue les tumeurs contre nature de ces organes, en celles qui se font par fluxion et en celles qui ont lieu par congestion. Il estime que la voie la plus expéditive pour guérir celles-ci est de les extirper, soit par le cautère actuel, soit par le cautère potentiel. D'après Wiseman, le premier qui aurait tenté cette extirpation, serait Edme Mole. On voit que Wiseman ne connaissait pas la méthode de Marc-Aurèle Séverin. Il prétend que Mole cautérisait les tumeurs des amygdales formées par congestion, en les traversant à trois ou quatre reprises différentes avec un fer rouge. Il assure même lui avoir vu mettre cette pratique en usage dans plusieurs cas.

J.-C. Pauli, premier professeur d'anatomie et de chirurgie à Leipsick, en 1707, rapporte qu'un chirurgien de Londres (Wiseman) détruisait avec succès les indurations des amygdales par le cautère actuel, porté sur le siège du mal, à travers une canule ; et il ajoute que Wiseman aurait souvent préféré cette méthode à celle des escarrotiques, dont il connaissait les inconvénients, sans les obstacles qu'il y rencontrait sans cesse, tant du côté du malade que de celui des assistants.

Van Swieten regarde cette méthode de traitement, moins comme un secours efficace, que comme une ressource extrême et périlleuse. « Mais, dit-il, lorsque la situation et autres inconvénients empêchent l'usage du bistouri, il faut abandonner le malade à son malheureux sort, ou tenter un de ces moyens que l'on regarderait comme téméraires dans des maladies même les plus bénignes. Plusieurs praticiens ont appliqué sur ces tumeurs des cautères actuels ; et, quoique cela se fasse avec grand danger, il n'en est pas toujours résulté des effets funestes. »

Lieutaud (99), en 1770, premier médecin des Enfants de France, partageait à peu près les mêmes idées que Boerhaave, et s'exprime de la sorte : « Il n'y a des gens de

l'art qui veulent qu'on attaque énergiquement l'engorgement des amygdales avec les cathérétiques, ou le cautère actuel ; mais cette méthode est abandonnée, quoiqu'elle ne soit pas toujours à mépriser. » « *Haud desunt qui hos impugnare velint cathareticis, vel ipsomet cauterio actuali, sed eviliuit hæc methodus, haud tamen semper despicienda.* »

Louis, dans son mémoire, s'exprime ainsi page 432, au sujet de la méthode de M. A. Séverin : « Je suis persuadé que ce moyen est plus facile, moins douloureux, plus sûr, et qu'il est sujet à moins d'inconvénients que la rescision » ; et plus loin, page 435 : « Les chirurgiens formés par les préceptes de Séverin y porteraient le feu actuel, par le moyen d'une canule, avec la plus grande sécurité, au rabais de l'embarras et des précautions si nécessaires dans l'usage de toute espèce de corrosifs ».

Percy (110), dans sa Pyrotechnie chirurgicale, écrit : « Cette méthode, si digne de la confiance des praticiens, retomba dans l'oubli une seconde fois, et ce n'est que vers la fin du siècle dernier que l'art s'en est ressaisi, mais pour l'abandonner encore, malgré les succès dont il lui avait été redevable ». Et plus loin : « Louis seul a su en apprécier les avantages inestimables, et je n'ai besoin que de son autorité et de la sanction que son opinion a reçue de la compagnie savante dont il est l'organe, pour les rendre incontestables ». Et enfin Percy précise les cas dans lesquels elle ne peut être remplacée par aucun autre moyen. Nous laissons ce praticien les indiquer lui-même. « C'est, dit-il, lorsque les amygdales sont dans un état de végétation chancreuse ; lorsque, après leur extirpation, on voit repousser des boutons qui en présagent le retour ; lorsqu'elles sont si volumineuses que l'amputation en est jugée impossible, ou lorsque, l'ayant tentée, on a été forcé de laisser une surface sur laquelle les instruments tranchants n'ont plus de prise ; enfin lorsqu'une hémorrhagie, succédant à cette opération, menace les jours du malade et résiste aux styptiques connus. »

Boyer (101) pense, avec Percy, que l'on doit pratiquer la cautérisation dans toutes ces circonstances. Il en ajoute même encore une, celle où les amygdales sont dans un état de végétation fongueuse.

En 1828, pendant l'épidémie de la Sologne, le docteur Bonsergent (102), de Romorantin, employait le cautère actuel.

Jourdain (103), en 1816, s'exprime ainsi : « Le cautère actuel est le remède le plus sûr et le plus commode pour empêcher la renaissance des amygdales tuméfiées et endurcies après leur résection ».

En 1831, Miquel (104) écrit : « On devrait encore invoquer le secours du cautère actuel, si des fongosités s'élevaient des amygdales ou se reproduisaient malgré les caustiques. Le feu serait appliqué à l'aide d'un cautère en roseau, conduit le long d'une canule, destinée à garantir les organes qui forment la bouche ».

« Notre intention, dit Philipeaux (105), en 1856, n'est pas, en cherchant à réhabiliter cette méthode de traitement, de la conseiller à l'exclusion de toutes les autres. »

En 1857 et en 1858, nous voyons Valentin, chirurgien de l'hôpital de Vitry-le-François, employer le fer rouge dans l'angine couenneuse; de là à l'engorgement chronique des amygdales, il n'y a qu'un pas.

En 1872 ou 1873, M. Cazin, de l'hôpital de Berck-sur-Mer, commence à pratiquer cette méthode sur les glandes amygdaliennes de ses scrofuleux.

En Allemagne (106), Riensenfeld, de Breslau, et Michel, de Cologne, emploient la méthode ignée dans l'hypertrophie des amygdales dès l'année 1875 et 1876; et en 1877 ils publient le résultat de leur pratique.

Krishuber (107), à la fin de son article sur l'ignipuncture, appliquée aux granulations du pharynx et du larynx, s'exprime ainsi : « Avant de terminer, je tiens à placer ici le premier jalon d'une méthode que je publierai prochainement. Il s'agit d'une autre application de l'ignipuncture, dans laquelle j'ai été précédé, je m'empresse de le dire, par mon honorable confrère de Berck-sur-Mer: je veux parler de la destruction des amygdales hypertrophiées. J'ai employé ce procédé, en ce qui me concerne, une vingtaine de fois jusqu'ici, et chaque fois j'ai obtenu la destruction des amygdales. »

Paul Koch (108), au Congrès laryngologique de Milan, dit : « Nous trouvons, dans le traitement des amygdales hypertrophiées, une troisième méthode d'emploi de l'ignipuncture, plus encourageante que la dernière méthode. Quand les amygdales ne surpassent pas suffisamment les arcades pour être coupées à l'aide d'un tonsillotome, si elles sont le siège d'inflammation et d'abcès fréquents, quelques cautérisations énergiques par le thermo-cautère pointu suffisent pour réduire la tonsille à un volume minime. Il faut, chaque fois, attendre que l'eschare provenant d'une première cautérisation soit tombée, avant d'en opérer une seconde. » Et plus loin, parlant de la partie de la glande laissée par l'amygdalotome, il ajoute : « Ce sont ces restes d'amygdales qui sont détruits avec le plus grand succès par l'ignipuncture, et c'est elle qui com-

plète, en quelque sorte, l'opération de la tonsillotomie ». En 1881, dans les Annales des maladies de l'oreille et du larynx, nous trouvons deux mémoires sur la méthode galvano-caustique, appliquée aux inflammations chroniques des muqueuses nasale, pharyngienne et laryngienne; nous en extrairons les passages suivants : « Des amygdales hypertrophiées, dit Salis-Cohen, de Philadelphie (109), peuvent être facilement détruites à l'aide du cautère à surface »..... « L'ignipuncture galvano-électrique, dit Cadier (110), de Paris, le fil de platine étant porté à la température du rouge blanc, peut remplacer avantageusement l'amygdalotomie, dans les cas d'hypertrophie chronique des amygdales.

« Dans les cas où l'hypertrophie double est très considérable et ne peut permettre de placer l'amygdalotome, et surtout dans les cas d'amygdales enchâtonnées, il est bon de pouvoir recourir au thermo-cautère, qui, seul dans ce cas, peut être porté sur l'organe hypertrophié et caché dans le fond des piliers. »

Communication orale de M. Gouguenheim (111), 1882. M. de Saint-Germain vient de passer en revue tous les accidents consécutifs à l'ablation des amygdales par l'instrument tranchant, dans une leçon faite à l'hôpital des Enfants Malades, en 1885; et il termine en disant : « Pour éviter tous ces accidents, je préfère, dans certains cas, à l'amygdalotomie, principalement chez l'adulte, l'ignipuncture, selon le procédé préconisé jadis par le regretté Krishaber. Je me sers à cet effet d'un petit thermo-cautère recourbé en crosse à son extrémité libre. J'ai l'habitude de l'enfoncer, lorsqu'il est rouge, à une profondeur d'un centimètre environ; je fais en moyenne trois boutons sur chaque amygdale, et en général la guérison est obtenue au bout de 2 séances, rarement de 3 ou 4. »

Le 30 mai 1886, M. Chedevergne nous écrivait : « J'ai employé, depuis quelque temps, les cautérisations interstitielles au thermo-cautère dans l'hypertrophie des amygdales; j'ai vu ces organes diminuer peu à peu de volume après trois ou quatre applications du fer rouge ».

I^{re} OBSERVATION. — GUÉRISON.

Nous devons cette observation à notre excellent ami, le docteur Bellangé, chef de laboratoire de M. le professeur Ball.

J. X., enfant du sexe féminin, âgée de 5 ans, d'un tempérament lymphatique, porte deux amygdales très grosses, se touchant presque sur la ligne médiane. La gêne respiratoire fait que l'enfant ronfle en dormant.

M. Bellangé fait à sa petite malade cinq cautérisations successives de trois boutons chaque fois, et sur chaque tonsille ce traitement amène rapidement la destruction de l'amygdale.

Dès la troisième cautérisation l'enfant ne ronflait plus.

Cette fillette, nous dit M. Bellangé, avait manifesté un peu de crainte la première fois pour ouvrir la bouche ; mais les autres fois elle est venue d'elle-même se placer sur la chaise.

J'ai, du reste, remarqué plusieurs fois, ajoute notre ami, que ces cautérisations ne sont douloureuses qu'autant que les piliers sont touchés.

II^e OBSERVATION. — AMÉLIORATION.

M^{lle} X., âgée de 20 ans, nature frêle et délicate, est atteinte d'une hypertrophie amygdalienne assez prononcée et d'une légère surdité consécutive.

M. Lermoyez, dans le service de M. Millard, lui pratique trois cautérisations sur chaque amygdale. La malade supporte avec peine ce traitement, tant il est douloureux ; c'est qu'en effet les piliers avaient été cautérisés. Quelque temps après, nous revoyons la malade et nous la menons à la Pitié, service de M. Verneuil. Là notre maître lui fait lui-même 4 boutons de feu sur chaque amygdale, avec le petit thermo-cautère courbe. Les piliers ne sont point touchés, et la malade déclare n'avoir pas souffert du tout. L'amélioration est sensible ; la surdité a disparu ; cependant la malade désire se faire cautériser encore une fois : ce qui sera fait dans quelques jours.

III^e OBSERVATION. — GUÉRISON.

Les deux observations suivantes nous ont été données par M. le professeur agrégé Reclus.

S. C., enfant de 8 ans, est porteur de très grosses amygdales. On propose la cautérisation ignée, qui est acceptée des parents.

Le petit malade supporte d'assez bonne grâce la première séance de 6 pointes de feu dans chaque amygdale, avec la plus petite pointe droite du thermo cautère.

La deuxième et dernière séance fut exécutée de la même façon.

Nous devons dire qu'après chaque séance, est survenue chez cet enfant une poussée d'angine aiguë assez sérieuse et fort débilitante pour le jeune malade. Cependant la guérison a été complète, et l'enfant s'est remis rapidement.

Nous aurons à revenir sur cette observation.

IV^e OBSERVATION. — GUÉRISON.

M. X., chef de bureau au ministère de l'intérieur, hémophile d'une manière évidente, porte deux amygdales très grosses. M. Reclus pratique sur ce malade deux cautérisations sur chaque amygdale, avec la pointe moyenne droite du thermo-cautère. Le fer est enfoncé assez profondément, un centimètre environ; quelquefois même, la glande est embrochée par la pointe qui pénètre d'une face à l'autre. M. Reclus fait sur son patient quatre séances de cautérisation: deux séances par semaine; pas de poussée d'angine, pas de douleur. Au bout de 15 jours, la guérison est parfaite.

Ces observations ont été recueillies dans le service de la consultation laryngologique que dirige M. le professeur Proust.

V^e OBSERVATION. — GUÉRISON.

2 juillet 1881. — Pauline A., 16 ans et demi, sans profession. La malade a des antécédents strumeux: maux d'yeux, gourmes: pas d'autre maladie. D'ailleurs bien constituée. Elle est sujette tous les ans à une ou plusieurs poussées d'amygdalite aiguë; entre ces poussées, les tonsilles restent grosses, et il en résulte une gêne qui la force à avoir la bouche ouverte pour respirer. Suivant son dire, il y a bien longtemps qu'elle souffre de la gorge: étant enfant, elle était déjà atteinte d'amygdalite; car, vers l'âge de 9 ans, un médecin lui a enlevé l'amygdale droite avec un amygdalotome. Aujourd'hui, les amygdales sont de nouveau enflammées, la droite comme la gauche, mais celle-ci beaucoup plus que celle-là.

C'est donc pour une amygdalite aiguë qu'elle se présente à la consultation; la douleur est très forte, la déglutition presque impossible. Le début remonte à trois jours, et depuis la gêne et la douleur ont été en augmentant. Il y a de la surdité, du nasonnement de la voix. Peu de fièvre. La langue est blanche: l'appétit a disparu. Maux de tête.

A l'examen local, on constate que les tonsilles sont gonflées, mais inégalement; le volume de la gauche est environ le triple de celui de la droite. Elles sont toutes les deux rouges; les piliers antérieurs du voile du palais sont également rouges. Les deux tonsilles ne laissent entre elles qu'un espace très étroit, mais celle de gauche empiète beaucoup plus que la droite sur l'isthme du gosier. Pas de vésicules à leur surface.

Le 7, l'état inflammatoire a en partie disparu, mais le volume des amygdales est resté presque le même. On propose à la malade la cautérisation; elle l'accepte, mais remet l'opération à quatre jours.

Le 11. Ce n'est qu'aujourd'hui que l'on pratique une séance de thermo-cautère; l'instrument est porté au rouge sombre et enfoncé un peu en avant du bord interne du pilier antérieur, dans la profondeur des tissus de l'amygdale gauche; une autre cautérisation est pratiquée de la même façon, un peu au-dessous du point précédent. La malade, qui redoutait beaucoup la souffrance, fut vite remise de ses craintes; et elle dit n'avoir ressenti aucune douleur; elle a seulement été incommodée par l'odeur de brûlé et par la fumée qui se dégageait.

Gargarismes à l'eau de guimauve. A partir du début du traitement, la malade se présente tous les cinq ou six jours.

Le 14. Nouvelle cautérisation. L'amygdale ne semble pas avoir notablement diminué.

Le cautère est enfoncé un peu en avant des points précédents. Pas de douleur, sauf une sensation de constriction dans l'oreille gauche.

Le 21. La malade a souffert pendant la soirée qui a suivi la cautérisation du 14 ; elle a eu de la difficulté pour avaler. L'amygdale gauche est sensiblement moins volumineuse ; on cautérise sa partie inférieure. Aucune douleur.

Le 25. Diminution notable du volume des tonsilles. On touche la surface interne de l'amygdale gauche et on répète à droite les cautérisations, en plein tissu, précédemment faites sur l'autre.

Le 30. Nouvelle cautérisation à droite ; l'amygdale gauche dépasse à peine le pilier correspondant ; sa coloration est rosée.

Le 23 août. Un mois après, les tonsilles dépassent à peine les piliers. Plus de douleur d'aucune sorte. La malade revient consulter pour des granulations pharyngées assez volumineuses, mais peu nombreuses, qu'on traite également par la cautérisation.

VI^e OBSERVATION. — GUÉRISON.

Louis X... 13 ans.

Constitution faible, tempérament scrofuleux.

Les antécédents sont conformes à ce signalement : maux d'yeux fréquents, gourme qui a duré très longtemps. Pas de maladie grave, mais de temps en temps des douleurs de gorge. Thorax mal développé, mais sans déformations caractéristiques. Pas de signes d'auscultation au sommet ; le murmure respiratoire est légèrement diminué d'intensité. Actuellement, il a une hypertrophie amygdalienne très considérable ; les deux tonsilles arrivent presque au contact ; elles sont rosées.

La mère, qui l'amène, est elle-même atteinte de pharyngite chronique. Elle raconte que son enfant dort mal, qu'il a le sommeil agité, qu'il ronfle. C'est ce ronflement qui a éveillé son attention, à une époque où l'hypertrophie n'était pas encore assez considérable pour créer un obstacle sérieux à la déglutition.

Le petit malade est très courageux, et la cautérisation s'opère très facilement. On touche d'abord l'amygdale droite, puis l'amygdale gauche, superficiellement. L'instrument avait été chauffé au rouge sombre pour la première opération ; mais pour la deuxième sa température était plus élevée. Aussi vit-on, après la cautérisation, un peu de sang se répandre à la surface de l'amygdale.

L'enfant n'a pas souffert ; il ne s'est pas plaint ; il doit revenir le lendemain.

L'écoulement du sang a été insignifiant. Il y a, à la surface de l'amygdale, de petites pellicules blanchâtres, traces de la cautérisation. On cautérise de nouveau. Pendant toute la durée du mois, le petit garçon revient tous les cinq jours, et chaque fois on pratique une nouvelle cautérisation.

Au commencement du second mois, les amygdales ont beaucoup diminué de volume, mais elles descendent encore plus bas qu'à l'état normal. On fait des cautérisations sur cette partie inférieure ; on agit avec précaution, pour éviter de brûler la base de la langue. L'opération est si peu douloureuse, que l'enfant, qui auparavant venait accompagné de sa mère, vient seul maintenant et ne se plaint jamais ; il ne ressent aucune sensation dans la gorge ni dans l'oreille.

On lui conseille alors de ne venir que tous les dix jours, et à la fin du deuxième mois, la guérison est complète.

VII^e OBSERVATION. — GUÉRISON.

X..., 31 ans, épicier.

Antécédents héréditaires nuls au point de vue pathologique. Comme antécédents personnels, on ne note aucune maladie grave; mais, depuis une époque très éloignée, il est très souvent atteint d'amygdalite aiguë. Entre-temps, il ressent une sécheresse continuelle à la gorge, il ne respire le plus souvent que la bouche ouverte; le matin, il a de petites quintes de toux, qui se terminent par l'expulsion de mucosités, pelotonnées pendant la nuit. Actuellement, il est atteint d'amygdalite aiguë double. On constate les symptômes physiques et fonctionnels ordinaires. Les amygdales sont le siège d'une hypertrophie considérable, qui empêche presque complètement la déglutition et donne à la voix un timbre nasonné.

On lui fait une prescription. Huit jours après il revient; la période inflammatoire est passée, et on se trouve en présence d'une amygdalite chronique double. Les deux amygdales sont énormes; avec de pareilles tumeurs, on comprend très bien que le malade soit obligé, pour respirer, de garder la bouche ouverte.

On lui propose de lui exciser les tonsilles; il s'y refuse absolument; mais, quand on lui conseille la cautérisation, il accepte. On applique le thermo-cautère à la surface de chaque amygdale. Pas de douleur pendant l'opération.

Quatre jours après, le malade revient et dit qu'il a souffert pour avaler. On voit quelques petites eschares sur chaque amygdale.

On continue les cautérisations superficielles, pendant un mois environ, tous les cinq jours. L'amygdale se creuse, petit à petit, en forme de cupule; mais il reste, en avant et en bas, une languette de tissu qui déborde les piliers antérieurs. C'est alors qu'on pratique la cautérisation dans la profondeur; on la répète deux fois.

Le malade disparaît pendant un certain temps.

Au bout de six mois, on le voit; mais il n'y a plus d'hypertrophie; il vient se faire traiter pour une pharyngite granuleuse.

Pendant ces six mois, il n'a eu mal à la gorge qu'une seule fois; il ne s'en est pas occupé; le mal a disparu spontanément.

VIII^e OBSERVATION. — GUÉRISON.

Léon X..., 41 ans.

Il est sujet, depuis environ 5 ans, à des poussées d'amygdalites aiguës. Entre-temps, il a de la gêne respiratoire, qui se manifeste par l'habitude qu'il a contractée d'avoir la bouche ouverte en dormant. La pression, sur les côtés du cou, éveille de la douleur; on sent quelques ganglions engorgés derrière l'angle de la mâchoire. En faisant ouvrir la bouche, on diagnostique facilement une angine tonsillaire chronique; les deux amygdales sont très volumineuses.

On pratique une première cautérisation. L'opération est rendue difficile par des mouvements violents de l'enfant, qui est pris de peur: deux personnes le maintiennent insuffisamment, et quand on a terminé, on constate que l'instrument a légèrement brûlé la commissure labiale gauche.

Huit jours après, l'enfant est ramené, la brûlure est guérie. Cette fois, il se laisse opérer facilement; il supporte la cautérisation sans se plaindre. Pas de douleur.

Il revint ainsi à la consultation, de huit jours en huit jours, pendant un mois; chaque fois il fut cautérisé.

Vers la fin de ce premier mois, l'enfant est pris d'une poussée d'angine aiguë qui le fait souffrir. Gargarismes émollients.

Malgré cet incident inflammatoire, les amygdales n'ont pas augmenté de volume : on pratique encore quelques cautérisations, et on renvoie le malade guéri.

IX^e OBSERVATION. — GUÉRISON.

Henriette M., 25 ans, couturière.

Les antécédents personnels n'offrent rien de bien saillant ; étant enfant, elle a eu la gourme et de la rougeole ; la malade ne précise pas l'âge auquel elle a été sujette à ces deux affections. Depuis quelques années, elle est nerveuse, mais elle ne semble pas avoir présenté de troubles hystériques nettement caractérisés ; pas de grandes ni de petites attaques, pas de troubles digestifs, pas même la sensation vulgaire de boule le long du pharynx.

Les antécédents héréditaires sont nuls, au point de vue pathologique ; son père et sa mère se portent très bien ; une de ses sœurs, qui habite Paris, est enrouée comme elle.

Il y a quatre mois, en faisant la traversée de New-York au Havre, elle s'est enrhumée, et, depuis cette époque, son enrouement, qu'elle attribue à un refroidissement, n'a fait que s'accroître.

Il s'amende souvent, presque complètement, mais ce n'est que par intervalle : la rémission est suivie, à bref délai, d'une exacerbation, qui cède à son tour pour paraître au bout de quelque temps. Depuis qu'elle est enrouée, elle tousse, mais elle n'a jamais craché de sang. Pas de signe de tuberculose au sommet, aucun antécédent syphilitique.

On pratique l'examen laryngoscopique : les cordes vocales ont leur coloration normale ; mais, dans la phonation, elles se rapprochent incomplètement et ne paraissent pas tendues. On diagnostique un défaut de tension de nature nerveuse. La malade est soumise à l'électrisation directe. Elle doit revenir deux fois par semaine, pour suivre son traitement et se faire examiner.

Après un mois, la phonation s'exécute normalement ; mais il se déclare une angine aiguë, peu intense, qu'on traite par des gargarismes émollients. L'angine s'accompagne d'hypertrophie tonsillaire.

La période aiguë passée, on pratique la cautérisation sur les deux amygdales, avec le thermo-cautère, en enfonçant, à deux ou trois reprises, l'instrument dans la profondeur des tissus. Cette opération n'est pas douloureuse.

Gargarismes émollients.

La malade n'a fait aucune résistance, elle ne s'est pas plaint.

Trois jours après, elle revient, en disant que, dans la soirée, elle a éprouvé quelques douleurs en avalant.

Nouveaux gargarismes émollients. Ces douleurs disparaissent. On pratique successivement quatre cautérisations, en laissant, entre chacune, un intervalle de cinq à huit jours.

Rien de spécial à signaler.

La malade va passer deux mois et demi à la campagne ; quand elle revient, elle se plaint de sécheresse à la gorge, et on constate la présence de granulations saillantes, à la surface de la muqueuse du pharynx. On les touche au thermo-cautère, en faisant aussi quelques applications légères sur l'amygdale gauche, qui offre encore un certain développement. Pas de douleur.

Trois nouvelles séances, à huit jours d'intervalle.

La malade s'en va guérie.

Toutes les observations qui suivent sont dues à M. de Saint-Germain. Nous ne saurions trop remercier M. Didier, interne du service, de l'amabilité qu'il a mise à nous les communiquer. Les deux premières sont rédigées par M. de Saint-Germain lui-même.

X^e OBSERVATION. — GUÉRISON.

Muni des trois numéros du spéculum Mathieu, j'entrepris d'opérer par l'ignipuncture une petite fille de 9 ans, présentant une hypertrophie considérable des tonsilles, et dont les parents, tout en désirant vivement la réduction des amygdales de leur enfant, s'opposaient absolument en principe à l'amygdalotomie.

L'enfant fut couchée sur le dos, et sa tête fut solidement maintenue par un aide.

Le numéro moyen du spéculum fut facilement introduit, poussé derrière les incisives jusques et y compris le cran que je mentionnais plus haut, et maintenu dans cette position par le pouce et l'index de la main gauche.

Les amygdales se développèrent pleinement sous nos yeux, et je pus introduire en toute sécurité le thermo-cautère. Je me servis de la pointe recourbée, qui me permit de faire 4 cautérisations, peu profondes, sur l'amygdale droite, et trois sur l'amygdale gauche. L'instrument fut aussitôt retiré, et l'enfant déclara n'avoir éprouvé qu'une douleur très légère. Quatre jours après, je revis la malade et constatai une réduction des amygdales, que l'on pouvait évaluer à un tiers.

Quatre jours plus tard, c'est-à-dire huit jours après la première cautérisation, je pratiquai une nouvelle ignipuncture, et cette fois la malade, rassurée par une première expérience, se prêta de si bonne grâce à l'opération, que je pus cautériser ses deux amygdales, l'enfant assise sur une chaise. Cette fois, je fis une cautérisation plus profonde au centre de chaque amygdale. L'opérée fut revue par moi huit jours après. Une cicatrice en forme d'ombilic était visible à la partie moyenne de chaque amygdale, et ces deux glandes avaient repris des proportions absolument normales.

XI^e OBSERVATION. — GUÉRISON.

Encouragés par ce succès, les parents, qui, en dehors du résultat favorable, avaient été frappés par l'absence absolue de l'hémorrhagie, la facilité qu'avait eue leur enfant de manger le même jour de tous les aliments, de sortir, de vivre, en un mot, de la vie commune, les parents, dis-je, me prièrent de faire la même opération sur le frère de la jeune fille, un enfant de 4 ans, qui, en raison de son jeune âge, devait s'y prêter d'assez mauvaise grâce. Elle se fit pourtant chez lui, comme chez sa sœur, avec la plus grande facilité, et le résultat a été aussi favorable.

XII^e OBSERVATION. — GUÉRISON.

Hypertrophie des amygdales; ignipuncture. — Marie B., 8 ans, brune, maigre, intelli-

gente, a les deux amygdales volumineuses et la déglutition souvent gênée de ce fait. Les amygdales débordent les piliers et sont régulièrement développées.

15 mai. M. de Saint-Germain fait l'ignipuncture de la manière suivante :

Après avoir introduit dans la bouche un spéculum spécial et fait maintenir solidement la tête de l'enfant, il enfonce dans chaque amygdale, à son centre, et à un centimètre de profondeur, l'extrémité recourbée de la pointe en platine du thermo-cautère Paquelin, chauffée en rouge sombre.

Cette cautérisation est répétée deux fois dans chaque amygdale, sans provoquer de vives souffrances.

Le 25. Les amygdales ont diminué d'un bon tiers. On cautérise de la même façon pour la seconde fois ; l'enfant est très docile, et se laisse introduire sans résistance le spéculum buccal,

Le 1^{er} juin. Le volume des amygdales ayant encore diminué notablement et ne causant plus de gêne pour la déglutition, M. de Saint-Germain cesse la cautérisation.

Les amygdales sont sillonnées de hachures, et sont de moitié moins grosses qu'avant l'ignipuncture.

XIII^e OBSERVATION.

Hypertrophie des amygdales ; ignipuncture. -- Villach (Camille), 13 ans, petite, brune, non réglée. Cette enfant est peu intelligente, mais a l'air éveillé.

Parler nasonné et surdité assez prononcée depuis six ans. Elle apprend difficilement ses leçons, et depuis plusieurs mois ne va plus en classe, à cause de la peine qu'on éprouve à l'instruire.

Le thorax est bien conformé.

Les deux amygdales sont très grosses, et se touchent par leur face interne.

29 mai. M. de Saint-Germain pratique la cautérisation des amygdales. Après avoir introduit violemment le spéculum dans la bouche de la malade, il enfonce deux fois profondément dans chaque amygdale (à 1 centimètre de profondeur) l'extrémité recourbée d'un cautère Paquelin.

La pointe de platine est chauffée au rouge sombre seulement.

L'opération est faite sans hémorrhagie, et l'enfant n'a accusé aucune douleur.

5 juin. L'enfant est ramenée le lendemain de la cautérisation ; elle a éprouvé de la gêne dans la gorge, mais pas de vraie douleur.

Les amygdales sont diminuées de volume ; on aperçoit les sillons profonds creusés par le thermo-cautère.

On pratique de nouveau la cautérisation : la pointe du cautère est enfoncée très profondément à la face interne de chaque amygdale. De chaque côté, M. de Saint-Germain fait l'ignipuncture en deux points. Aucun accident.

Le 12. Les amygdales sont moitié moins volumineuses qu'il y a quinze jours. Elles sont découpées par les cautérisations qu'on y a pratiquées.

M. de Saint-Germain fait encore de chaque côté une cautérisation profonde au centre de l'amygdale.

Le 19. Les tonsilles ayant repris un volume normal, on juge inutile de cautériser de nouveau.

L'enfant a toujours la voix nasonnée ; cependant la mère estime que la parole est un peu plus naturelle.

XIV^e OBSERVATION.

Hypertrophie des amygdales ; ignipuncture ; — Jeanne T..., 15 ans, grande, mais peu développée, microcéphale, physionomie peu intelligente, bouche entr'ouverte, lèvres volumineuses.

Non encore réglée.

Voix très nasonnée, ouïe dure. La fillette apprend difficilement ses leçons.

Les deux amygdales sont très grosses, se touchent par leur face interne.

3 juin. M. de Saint-Germain pratique l'ignipuncture des deux amygdales. Le spéculum spécial introduit non sans peine entre les arcades dentaires, il enfonce profondément le thermo-cautère Paquelin dans chacune des amygdales, à deux reprises différentes.

Le thermo-cautère à bec recourbé n'est chauffé qu'au rouge sombre : aucun écoulement de sang, aucune douleur accusée par l'enfant qui est très impressionnable.

L'enfant est revenue cinq jours après voir M. de Saint-Germain, qui constate une réduction très notable du volume des amygdales, et juge inutile une nouvelle séance de cautérisation.

Dès le soir, la jeune malade avait pu manger sans éprouver aucune gêne.

XV^e OBSERVATION.

Hypertrophie des amygdales ; ignipuncture. — Hemiot (Jeanne), 12 ans 1/2, brune, grande, poitrine bien conformée, non réglée encore.

Cette enfant, intelligente et instruite, est sourde depuis 6 mois, et la surdité va toujours s'accroissant.

Parler naturel.

Les deux amygdales sont grosses, rouges, se rejoignent par leur face interne, n'occasionnant pas de gêne de la déglutition.

5 juin. On introduit dans la bouche le spéculum *ad hoc*, et M. de Saint-Germain enfonce profondément au centre de chaque amygdale le bec recourbé du cautère Paquelin chauffé au rouge sombre.

L'enfant est docile, et ne bouge pas pendant la cautérisation, et n'accuse aucune douleur.

Le cautère est enfoncé en deux points différents à la face interne de chaque amygdale.

Le 12. La jeune fille a les amygdales moins rouges et surtout moins volumineuses. Elles n'arrivent plus à se toucher par leur face interne.

M. de Saint-Germain fait de nouveau une cautérisation profonde au centre de chaque amygdale, sans qu'il y ait résistance de la malade.

XVI^e OBSERVATION.

Hypertrophie des amygdales ; ignipuncture. — Germaine L., 8 ans, fillette très nerveuse. Les deux amygdales sont grosses, débordent les piliers, sans cependant se toucher sur la ligne médiane.

Timbre légèrement nasonné de la voix. Pas de surdité. L'enfant est intelligente, mais extrêmement capricieuse.

9 juin. Malgré une grande résistance, M. de Saint-Germain parvient à introduire de force dans la bouche le spéculum spécial perfectionné qu'il a fait fabriquer pour l'ignipuncture des amygdales.

De la main gauche il maintient le spéculum par le manche qu'il y a fait adapter ; de l'autre il pratique la cautérisation. Dans l'amygdale gauche, il enfonce profondément en deux points le thermo-cautère Paquelin à bec recourbé ; dans la droite, il ne fait la cautérisation qu'en un seul point, mais profondément aussi.

Il n'y a pas d'écoulement sanguin. L'enfant avale ensuite un peu d'eau fraîche.

En faisant ouvrir la bouche de l'enfant, on aperçoit très nettement les trois ouvertures profondes, noirâtres, qu'a faites le thermo-cautère.

Cinq jours plus tard, M. de Saint-Germain revoit l'enfant et constate une réduction du volume des amygdales qu'on peut estimer à un tiers.

Les points cautérisés sont détergés ; trois larges orifices situés à la face interne des amygdales indiquent le passage du thermo-cautère.

XVII^e OBSERVATION.

Hypertrophie des amygdales ; ignipuncture. — Branlat (Charlotte), 10 ans 1/2, blonde, taille moyenne, parler très nasonné, pas de surdité.

Depuis plusieurs mois, les amygdales sont grosses, et souvent occasionnent des angines.

Les amygdales sont très volumineuses, occupant pour ainsi dire tout l'isthme du gosier, se touchant par leur face interne ; cryptes nombreux.

12 juin. L'enfant est assise sur les genoux d'un aide ; on introduit sans peine le spéculum buccal, et M. de Saint-Germain fait au centre de chaque amygdale une cautérisation profonde de 1 cent. avec le thermo-cautère Paquelin chauffé au rouge sombre.

Aucune douleur.

3 juillet. Deuxième cautérisation.

Le 10. Troisième cautérisation.

Le 17. Quatrième cautérisation.

Le 24. Très bon état.

XVIII^e OBSERVATION.

Hypertrophie des amygdales ; ignipuncture. — Le nommé Stahiot (Pierre), âgé de 12 ans, vient à l'hôpital pour la première fois le 5 juin 1884.

Depuis plusieurs années, amygdalites répétées.

Pas de surdité : un peu de nasonnement. Aucun traitement antérieur.

Etat actuel. Les amygdales sont très volumineuses ; elles se touchent par partie supérieure de leur face interne et ne laissent qu'une très faible ouverture entre elles à la partie inférieure.

M. de Saint-Germain introduit sans difficulté le spéculum buccal et enfonce profondément dans chaque amygdale la pointe courbée du thermo-cautère Paquelin.

Il fait ainsi dans chaque amygdale un trou de 1 cent. de profondeur, et l'agrandit en y introduisant à deux reprises la pointe du thermo-cautère.

La douleur est presque insignifiante. Pas d'hémorrhagie.

Le 12. Le volume des amygdales a très considérablement diminué. L'inflammation a presque totalement disparu, et on n'aperçoit plus qu'une trace légère de l'ignipuncture.

M. de Saint-Germain fait de nouveau l'ignipuncture avec le thermo-cautère au-dessus et au-dessous du point cautérisé primitivement et beaucoup moins profondément que la première fois.

XIX^e OBSERVATION.

Hypertrophie des amygdales ; ignipuncture. — Mar (Isabelle), 7 ans, blonde, fillette intelligente, aurait toujours eu de grosses amygdales.

Parler du nez, sans surdité.

Amygdales volumineuses, débordant les piliers, et se touchant presque par leur face interne.

12 juin. L'enfant est assise sur les genoux d'un aide. M. de Saint-Germain introduit le spéculum buccal, enfonce le thermo-cautère Paquelin à 1 cent. de profondeur à la face interne de chaque amygdale. Cette cautérisation est faite sans effusion de sang et sans douleur.

XX^e OBSERVATION.

Hypertrophie des amygdales ; ignipuncture. — L'enfant Dandin (Gaston), âgé de deux ans, vient à l'hôpital des Enfants, pour la première fois, le 12 juin 1884.

Les amygdales sont volumineuses, sans être tuméfiées, ni enflammées.

M. de Saint-Germain introduit sans difficulté le petit spéculum et cautérise assez légèrement chaque amygdale avec la pointe recourbée du thermo-cautère.

Douleur presque nulle. Pas d'hémorrhagie.

XXI^e OBSERVATION.

Hypertrophie des amygdales ; cautérisation. — Alexandrine Grévin, âgée de 14 ans, vient à l'hôpital des Enfants, pour la première fois, le 3 juillet 1884.

Amygdales volumineuses, amygdalites souvent répétées depuis sept ans. Un peu de nasonnement. Pas de surdité.

Après avoir mis en place le spéculum buccal, M. de Saint-Germain fait avec la pointe recourbée du thermo-cautère, et au centre de chaque amygdale, une cautérisation large et profonde. Aucun incident.

Le 10. Bon état. Diminution sensible des amygdales. Deuxième cautérisation.

Le 24. Très bon état.

XXII^e OBSERVATION.

Hypertrophie des amygdales ; cautérisation. — Pirard (Henriette), âgée de 9 ans, vient à l'hôpital, pour la seconde fois, le 26 juin 1884.

Au mois de janvier, M. de Saint-Germain a sectionné au bistouri l'une de ses deux amygdales. Le moignon n'en est nullement hypertrophié.

L'amygdale gauche, qui n'a pas été touchée, est très volumineuse.

M. de Saint-Germain fait à son centre, avec la pointe recourbée du thermo-

cautère et après l'introduction du spéculum, une cavité de 1 centimètre de profondeur. Aucun incident.

3 juillet. Amélioration. Seconde cautérisation.

Le 10. Le volume de l'amygdale a considérablement diminué ; troisième cautérisation.

Le 17. Les amygdales ont un volume normal. L'enfant est renvoyée sans être cautérisée de nouveau.

XXIII^e OBSERVATION.

Hypertrophie des amygdales ; cautérisation. — Camille Crépin, âgée de neuf ans, vient pour la seconde fois à l'hôpital, le 3 juillet 1884.

Au mois de mars, M. de Saint-Germain a sectionné au bistouri l'amygdale du côté gauche. Hémorrhagie assez abondante. Amygdale droite très hypertrophiée et sujette à des inflammations répétées.

Introduction du spéculum buccal. Cautérisation profonde et large au centre de l'amygdale. Aucun incident.

Le 10. L'amygdale s'est considérablement rétractée. Seconde cautérisation.

Le 17. Très bon état. Cautérisation très légère.

XXIV^e OBSERVATION.

Hypertrophie des amygdales ; cautérisation — Marie Chevreuil, âgée de 9 ans 1/2, vient à l'hôpital pour la seconde fois, le 40 juillet 1884.

Son amygdale droite a été sectionnée, il y a deux mois, au bistouri, par M. de Saint-Germain. Elle a eu, pendant la journée qui a suivi l'opération, une hémorrhagie assez abondante.

Amygdale gauche très hypertrophiée. Cautérisation profonde au centre, avec la pointe recourbée du thermo-cautère et avec l'aide du spéculum buccal. Aucun incident à noter pendant l'opération.

Le 17. L'amygdale a considérablement diminué de volume. Seconde cautérisation.

XXV^e OBSERVATION.

Hypertrophie des amygdales ; cautérisation. — Vaucet (Emile), âgé de 4 ans, vient, pour la première fois, à l'hôpital, le 26 juin 1884.

Amygdales considérablement hypertrophiées ; maux de gorge assez fréquents.

M. de Saint-Germain introduit le spéculum buccal et fait avec la pointe recourbée du thermo-cautère, au centre de chaque amygdale, une cavité large et profonde.

Aucun incident à noter.

3 juillet. Bon état. Seconde cautérisation.

Le 10. Les amygdales ont considérablement diminué de volume. Troisième cautérisation.

Le 24. Très bon état.

XXVI^e OBSERVATION.

Hypertrophie des amygdales ; cautérisation. — Charles Mathieu, âgé de 10 ans, vient à l'hôpital, pour la première fois, le 26 juin 1884.

Amygdales volumineuses ; maux de gorge assez fréquents ; un peu de nasonnement ; pas de surdité.

M. de Saint-Germain, après avoir introduit le spéculum buccal, fait avec la pointe recourbée du thermo-cautère, au centre de chaque amygdale, une cavité de 1 demi-centimètre de profondeur environ.

Douleur presque nulle ; pas d'hémorrhagie.

3 juillet. Les amygdales se sont rétractées, et la cavité est presque entièrement comblée. Deuxième cautérisation analogue à la première.

Le 10. Très bon état. Troisième cautérisation.

Le 17. Le volume des amygdales a considérablement diminué, et toute nouvelle cautérisation est devenue inutile.

XXVII^e OBSERVATION.

Hypertrophie des amygdales ; cautérisation. — Roux vient à l'hôpital, pour la première fois, le 19 juin 1884.

Amygdales très volumineuses, qui viennent toucher la luette par leur face interne et qui laissent entre elles un espace très étroit. Amygdalites répétées.

Pas de surdité. Un peu de nasonnement. Pas de traitement antérieur.

M. de Saint-Germain introduit sans difficulté le plus fort spéculum et fait, avec la pointe recourbée du thermo-cautère et à la partie moyenne de chaque amygdale, une cavité de 1 centimètre de profondeur.

Pas d'hémorrhagie ; douleur presque nulle.

3 juillet. Les amygdales ont considérablement diminué de volume. Toute nouvelle cautérisation est jugée inutile.

XXVIII^e OBSERVATION.

Hypertrophie des amygdales ; cautérisation. — Lorillot (Emile), âgé de 8 ans, vient pour la première fois à l'hôpital, le 26 juin 1884.

Hypertrophie considérable des amygdales, qui laissent un très faible espace entre leurs faces internes.

Amygdalites fréquentes. Nasonnement assez marqué ; difficulté de la déglutition.

M. de Saint-Germain, après avoir introduit le spéculum buccal, fait au centre de chaque amygdale une cavité large et profonde, avec la pointe recourbée du thermo-cautère. Aucun incident.

3 juillet. Amélioration notable. Seconde séance de cautérisation.

XXIX^e OBSERVATION.

Hypertrophie des amygdales ; cautérisation. — Aline Gaunou, âgée de 12 ans, vient pour la première fois à l'hôpital, le 10 juillet 1884.

Hypertrophie considérable des deux amygdales.

Le 10, première cautérisation large et profonde.

Le 24, deuxième cautérisation. Les amygdales ont considérablement diminué de volume.

XXX^e OBSERVATION.

Hypertrophie des amygdales ; cautérisation. — Berthe Crépin, âgée de 4 ans, vient pour la première fois le 40 juillet 1884. Amygdales assez volumineuses et sujettes à des inflammations fréquentes.

Cautérisation à l'aide du spéculum buccal et du thermo-cautère.

Le 24. Très bon état. Toute nouvelle cautérisation est jugée inutile.

XXXI^e OBSERVATION.

Hypertrophie des amygdales ; cautérisation. — Georgine Duhautier, âgée de 8 ans 1½, vient pour la première fois à l'hôpital le 17 juillet 1884.

Amygdales volumineuses, souvent enflammées.

Le 17. Cautérisation à l'aide du spéculum buccal et de la pointe recourbée du thermo-cautère. Aucun incident.

Le 24. Le volume des amygdales a considérablement diminué. Nouvelle cautérisation.

Le 31. Très bon état. Les amygdales sont rétractées.

XXXII^e OBSERVATION.

Le nommé X. Albert, 7 ans, est amené à l'hôpital Lariboisière (clinique laryngoscopique) au mois de mars 1880. Ce petit malade est chétif. Depuis 3 ou 4 ans il est sujet à des angines amygdaliennes, survenant généralement aux mois de janvier et février. Ces angines sont douloureuses, s'accompagnent de fièvre, d'état général grave en apparence. Leur durée varie entre 45 jours et trois semaines. Elles ont déterminé peu à peu une hypertrophie des amygdales considérable. Celle-ci siège sur les deux glandes. Le petit malade a grand-peine à respirer. Même il est forcé de tenir la bouche ouverte. Dans la journée, la respiration par le nez est presque complètement interdite. Gêne de la déglutition, mais pas accentuée ; déformation thoracique caractéristique.

Lorsqu'on examine la gorge, on est frappé de suite de la saillie considérable formée par les amygdales, qui viennent se joindre sur la ligne médiane, permettant à peine à la luette de s'interposer entre elles. La couleur est normale ; pas de rougeur, pas de symptômes d'inflammation. En palpant au niveau de l'angle de la mâchoire, ou dans la région sous-maxillaire, on ne trouve pas trace de ganglions augmentés de volume.

Je me décide à essayer sur ce petit malade le traitement que M. Krishäber m'avait prié d'expérimenter, chaque fois que j'en aurais l'occasion.

Le 20 mars 1880, je fais, après grandes difficultés, à cause de la terreur de la mère et de l'enfant, à la vue du fer rouge, des cautérisations ignées, au nombre de 7 à 8, sur chaque amygdale. Les difficultés n'eurent lieu que pour la première fois ; les autres cautérisations furent faites très facilement, sans qu'il fût même besoin de maintenir l'enfant. A ma grande surprise et aussi à celle du patient, la cautérisation n'a nullement été douloureuse, en aucun moment la sensation ne fut pénible. Le petit malade riait lui-même de voir la fumée sortir par son nez et par sa bouche, sans qu'il en ressentit aucun mal.

Le petit malade est ramené le 29 mars. Le soir de la première opération, il souffrit un peu. La déglutition devint légèrement douloureuse, et pendant les 2 ou 3 jours qui suivirent, il eut, pour avaler sa salive, quelques douleurs, qui le forçaient à faire la grimace.

A l'examen direct, on constate une série de dépressions anfractueuses sur les tonsilles, en certains points revêtues d'une couche grisâtre, pultacée et causée par les eschares déterminées par le thermo-cautère.

De nouvelles ponctions sont faites dans le tissu même de l'amygdale, en ayant grand soin de ménager les piliers antérieurs. La cautérisation est aussi indolente que la première fois.

Le 15 avril, le petit malade revient. La respiration est facile ; la nuit, le sommeil est normal, le ronflement a disparu. Les glandes ont considérablement diminué ; néanmoins elles présentent encore un volume que l'on peut comparer au volume normal.

Nouvelle cautérisation.

A la fin d'avril, les symptômes d'hypertrophie ont complètement disparu, et le petit malade conserve des amygdales qui ne le feront plus souffrir et qui permettent la déglutition, la phonation et la respiration.

On peut le considérer comme guéri.

XXXIII^e OBSERVATION.

Pendant que je soignais le précédent malade, un autre enfant me fut amené ; âgé de 4 ans, il présentait une hypertrophie des amygdales, dont le volume égalait celui d'une petite noix.

Je résolus d'essayer le même traitement. L'enfant se débattit et refusa absolument de se tenir en repos ; effrayé par la lame du thermo-cautère, à la moindre tentative d'introduction de cette lame rougie dans la bouche, il se rejetait en arrière. Ce n'est qu'après avoir vu le malade précédent se tenir calme et lui affirmer l'indolence absolue de la cautérisation, qu'on put obtenir un instant de repos. Dès qu'il eut par lui-même constaté l'indolence du traitement, l'enfant se présentait tranquille, ouvrait largement la bouche et était complètement rassuré.

La cautérisation amena un léger degré d'angine, se révélant par de la douleur pendant la déglutition et pendant la pression, au niveau de l'angle de la mâchoire.

Les cautérisations furent renouvelées tous les 15 jours, pendant un mois et demi. A ce moment les amygdales sont très diminuées de volume ; la rougeur de la muqueuse a en grande partie disparu. La surface des glandes est irrégulière, anfractueuse ; sous le doigt, il est facile de constater un changement notable dans la consistance : les glandes sont plus dures, plus résistantes, et rappellent la sensation que donne au toucher le col utérin.

XXXIV^e OBSERVATION.

Une jeune fille de 13 ans est amenée, au mois de mai 1880, à l'hôpital de Lariboisière, à la clinique de laryngologie.

Augmentation notable du volume des deux amygdales, s'accompagnant de trouble de la déglutition, de la respiration et même de la phonation ; nasonnement très marqué.

Les cautérisations, complètement indolentes, sont faites avec le couteau de platine du thermo-cautère : cinq ou six ponctions dans chaque amygdale.

Le lendemain, légère angine.

Quatre séances de cautérisation sont faites à quinze jours d'intervalle.

Guérison.

XXXV^e OBSERVATION.

X., enfant de 5 ans, est amené à l'hôpital de Lariboisière, clinique laryngologique, en juin 1880.

Il est atteint d'une hypertrophie considérable de l'amygdale droite, consécutive à une amygdalite aiguë, guérie depuis six mois.

Au moment où l'on examine l'enfant, on constate une notable rougeur au niveau de l'isthme du gosier. L'amygdale est légèrement douloureuse, la déglutition aussi, ainsi que la pression au niveau de l'angle de la mâchoire. Malgré ces phénomènes subaigus, le malade veut être débarrassé. Peut-être serait-il dangereux d'avoir recours à l'ablation sanglante, soit avec le bistouri, soit avec l'amygdalotome ; aussi j'en viens à le traiter par la cautérisation au thermo-cautère.

Les premières cautérisations sont faites le 16 juin. Un des points cautérisés donne lieu à un léger écoulement sanguin, facilement arrêté en cautérisant de nouveau le point d'où provient cette légère hémorrhagie.

Le petit malade supporte très bien les cautérisations, et ne manifeste ni douleur, ni crainte.

On le revoit quinze jours après ; l'amygdale droite a notablement diminué de volume. Néanmoins de nouvelles cautérisations sont faites, et l'amygdale est presque totalement détruite avec le couteau au rouge sombre.

Le petit malade, revu quinze jours après, est complètement guéri.

XXXVI^e OBSERVATION.

X., âgée de 16 ans, est amenée le 10 février 1886 à l'hôpital de la Pitié, service de M. le professeur Verneuil.

Cette petite malade est sujette, depuis plusieurs années, à des amygdalites aiguës à répétition, qui durent une quinzaine de jours, puis disparaissent. Elles s'accompagnent de douleurs vives, de dysphagie et d'un état général sérieux : fièvre, frissons, anorexie, insomnie.

La malade présente, au moment où on l'examine, une augmentation considérable du volume des amygdales. Celles-ci sont du volume d'une grosse noix ; elles sont accolées l'une à l'autre, sur la ligne médiane ; au-dessus d'elles est appliquée la luette. Aucun phénomène aigu ; un peu de rougeur de la gorge, au niveau des piliers surtout. Les piliers antérieurs sont repoussés en avant et étalés au-devant des glandes.

Cautérisations profondes avec le thermo-cautère, nullement douloureuses, sauf une, qui touche les piliers antérieurs et détermine une douleur très vive.

Le lendemain, la douleur est très vive au niveau du point où a été touché le pilier. Légère poussée d'angine qui dure 4 jours. On donne à la malade un gargarisme émollient, qui calme rapidement cet état aigu. Nouvelles cautérisations 8 jours après. Cette fois, pas d'accidents aigus, aucune douleur. Les amygdales ont déjà notablement diminué. La chaleur rayonnante du thermo-cautère détermine au niveau des lèvres une sensation de chaleur désagréable. Aussi M. Verneuil propose, pour éviter cet inconvénient, le moyen suivant, mis à exécution par M. Collin : enveloppement de la tige du thermo-cautère avec un cylindre creux et mince de liège. Ce corps, mauvais conducteur de la chaleur, empêche tout rayonnement du calorique ; et s'il vient à s'échauffer

et à menacer de se carboniser, il suffit d'humecter, avec un pinceau mouillé, sa surface extérieure, pour qu'immédiatement il reprenne la température ambiante. Ce procédé simple, mis en usage, non seulement pour la cautérisation des amygdales, mais encore pour toute opération faite au thermo-cautère dans la cavité buccale, permet d'éviter le léger inconvénient résultant du rayonnement de l'instrument, diminue l'effroi des malades et par suite les mouvements intempestifs, qui amènent assez souvent des brûlures des lèvres, quand les malades se rejettent en arrière.

Cette malade revient à la Pitié 4 fois, et chaque fois, à 15 jours d'intervalle, furent faites de nouvelles ponctions ignées, dans la profondeur des glandes. La dernière fois, les amygdales étaient déjà considérablement diminuées ; néanmoins, il fut fait au thermo-cautère une véritable abrusion des glandes, et on put les enlever en grande partie.

La cicatrice se fit en 10 jours à peu près. Les eschares s'éliminèrent et la malade fut définitivement guérie. On avait mis deux mois pour obtenir ce résultat.

XXXVII^e OBSERVATION.

Anna M., âgée de 17 ans, contracta la syphilis il y a environ six mois, c'est-à-dire à la fin d'octobre 1881. Elle avait un chancre génital. Soignée d'abord chez elle et soumise à un traitement mercuriel, elle ne se décida à rentrer à l'hôpital Lariboisière que deux mois après, c'est-à-dire en décembre 1881, service de M. Proust, salle Sainte-Marie, n° 1.

Elle se plaignait d'une difficulté énorme pour respirer et d'une gêne, d'une douleur même considérable en avalant, douleur dont elle fait remonter le début à un mois environ.

L'examen, à l'aide de l'abaisse-langue, fit constater une angine très faible ; seulement une plaque muqueuse sur le bord de la langue ; aucune érosion, ni ulcération sur les amygdales ; mais une hypertrophie, surtout à droite, si prononcée que les deux amygdales, de couleur rouge sombre, rapprochées avec la luette, formaient une sorte de barrière, obturant presque complètement l'isthme du gosier.

Cette jeune fille avait beaucoup souffert au début et à son entrée ; il y avait de véritables accès de suffocation ; l'alimentation était presque impossible.

La malade, d'apparence assez frêle, ne présente pas le facies scrofuleux caractéristique. Interrogée sur ses antécédents, elle raconte que, toute jeune, elle a eu mal aux yeux, au nez, mais jamais à la gorge ; qu'il y a trois ans, elle fit une longue maladie, pour laquelle on la mit à l'huile de foie de morue et aux pilules de fer.

Soumise de nouveau, à son entrée, au traitement spécifique, elle vit l'angine et la plaque de la langue céder rapidement aux attouchements au nitrate d'argent. Seule l'hypertrophie amygdalienne subsistait, légèrement améliorée toutefois.

C'est alors qu'au mois d'avril 1882 M. Proust résolut de pratiquer la cautérisation, ou plutôt la destruction de l'amygdale, au moyen du thermo-cautère ; des applications furent faites, d'abord par points séparés à la face antérieure de l'organe, puis par petites trainées à la face interne.

Sous l'influence de ce traitement, la rétraction se fit rapidement, surtout depuis l'emploi du second procédé. Peu de douleurs, pas de réaction inflammatoire.

Actuellement l'application du thermo-cautère est continuée encore quelque temps ; l'effet utile est obtenu ; les deux amygdales, d'un volume normal, laissent parfaitement libre l'isthme du gosier ; la droite seulement est un peu irrégulière, en forme de hari-

cot, déchiquetée sur quelques points, par suite des cautérisations interstitielles du début.

La malade déclare n'avoir, pour ainsi dire, pas souffert du traitement, et elle n'accuse plus aucune gêne, soit en avalant, soit en respirant.

Elle sort entièrement guérie le 27 avril 1882.

Nous devons les observations suivantes à notre ami M. le docteur Redard. Nous les avons prises dans son service au dispensaire de Furtado-Heine.

XXXVIII^e OBSERVATION.

Le 18 février 1886, se présente au dispensaire de Furtado-Heine, service de M. Redard, un enfant de trois ans, Louis Michel. Ce petit malade est atteint d'une hypertrophie d'amygdales, donnant lieu par son volume à une certaine gêne dans la respiration. Cet enfant est strumeux ; le thorax n'est pas encore atteint de la déformation étudiée par Dupuytren.

Le même jour, on pratique sur chaque tonsille 4 cautérisations au thermo-cautère.

Le 11 mars, l'enfant revient ; les amygdales ont peu diminué ; nouvelle cautérisation, de même que le 15 et le 18 du même mois.

Les amygdales sont fortement revenues sur elles-mêmes, et le petit malade n'éprouve plus aucune gêne dans la respiration.

Les brûlures produites par le thermo-cautère n'ont amené chez l'enfant aucun accident, ni produit aucune douleur. Le 29 mars, l'enfant revient une dernière fois ; mais M. Redard le juge suffisamment guéri pour le renvoyer sans le cautériser. Les amygdales sont diminuées de leur volume énorme, au point d'être grosses comme à l'état normal ; mais il n'y a pas atrophie complète.

XXXIX^e OBSERVATION.

Le 25 février 1886, Eugène X..., garçon âgé de 10 ans, se présente à la consultation de M. le docteur Redard. Il est porteur d'une hypertrophie tonsillaire double, fort gênante. De nature peu robuste, mais cependant ne portant aucune trace de scrofule. La mère de cet enfant avait, l'année précédente, subi le traitement que son enfant vient réclamer.

M. Redard pratique de suite sur chaque amygdale 4 cautérisations et ordonne à l'enfant de revenir tous les jours de consultation. Le 11, le 15, le 18, le 25 mars, on pratique 4 cautérisations sur chaque amygdale.

Le 29 mars, l'amygdale droite est complètement atrophiée ; on pratique alors la cautérisation sur l'amygdale gauche, déjà beaucoup diminuée de volume, et le 1^{er} avril l'enfant est renvoyé guéri, après deux cautérisations seulement à gauche.

XL^e OBSERVATION.

Le 8 mars 1886, la nommée Leontine X., âgée de 9 ans, est amenée à Furtado.

Elle est atteinte d'une hypertrophie des deux amygdales et d'une surdité consécutive.

Le 8, le 11, le 15, le 18 mars, on lui pratique 4 cautérisations sur chaque amygdale.

Le 18 mars, l'amygdale droite est déjà atrophiée ; on continue les cautérisations, du côté gauche, le 25 et le 28 du même mois.

A cette époque, la seconde amygdale a aussi cédé au traitement ; elle est également

atrophie, et la surdité, qui était venue avec l'hypertrophie tonsillaire, s'en est allée avec elle.

Enfin nous allons, sans entrer dans des détails, qui sont toujours à peu près les mêmes, donner un rapide exposé de trente et quelques cas que nous avons suivis dans le service des Enfants Malades, chez M. de Saint-Germain.

1. Pillet,	4	cautérisations,	3	séances.
2. Lacombe	3	id.	4	id.
3. Voillard,	3	id.	3	id.
4. Thibault,	4	id.	1	id.
5. Legrand,	3	id.	2	id.
6. Pillot,	2	id.	6	id.
7. Marchand,	3	id.	5	id.
8. Davoust,	2	id.	4	id.
9. Tétu,	4	id.	2	id.
10. Bidonier,	3	id.	3	id.
11. Tétard,	4	id.	2	id.
12. Paudry,	2	id.	4	id.
13. Loivine,	2	id.	2	id.
14. Marsaguil,	1	id.	2	id.
15. Crocé-Spinelli,	4	id.	3	id.
16. Abachard,	2	id.	4	id.
17. Dominique,	3	id.	7	id.
18. Lourry,	3	id.	2	id.
19. Lévis,	4	id.	3	id.
20. Selque,	3	id.	4	id.
21. Petit,	2	id.	3	id.
22. Moyemesle,	3	id.	4	id.
23. Chambardi,	4	id.	2	id.
24. Laurency,	3	id.	1	id.
25. Cahin,	4	id.	2	id.
26. Damet,	2	id.	3	id.
27. Jeannot,	4	id.	5	id.
28. Jean-Baptiste,	2	id.	3	id.
29. Beaugars,	2	id.	2	id.
30. Louveau,	7 (4 + 3)	id.	2	id.
31. Guimbert,	6 (pour une)		3	id.
32. Barrut,	4	id.	3	id.

Les 21 premiers cas ont été pris dans le service des filles ; la plus vieille avait 15 ans.

Les 11 autres cas sont du service des garçons, et le plus âgé avait 9 ans.

CHAPITRE V.

Dans notre deuxième chapitre, nous avons mis en lumière les dangers et les inconvénients de l'amygdalotomie pratiquée avec l'instrument tranchant. De l'exposé du quatrième chapitre nous pouvons facilement, il nous semble, déduire quels sont les avantages et les inconvénients ou dangers de la méthode ignée appliquée à l'hypertrophie des amygdales.

Parmi les avantages, et ils sont incontestables, nous trouvons l'absence d'hémorrhagie, l'absence de récidives, l'absence d'instruments spéciaux, l'absence de la diphthérie, du moins elle est beaucoup plus rare, la possibilité de toujours opérer sans léser les piliers, la simplicité du manuel opératoire, l'excellence des résultats obtenus.

Parmi les inconvénients, vient, en première ligne, la longueur du traitement, puis nous devons citer ensuite l'effroi que cause souvent au petit malade la vue du fer rouge ; les brûlures légères des autres parties de la bouche par indocilité de l'opéré ; enfin de rares poussées d'angine aiguë après la cautérisation.

Du reste, nous croyons utile, pour mieux fixer les idées, d'établir un tableau comparatif des avantages et des dangers que l'on rencontre avec chaque méthode de destruction des amygdales hypertrophiées, soit que l'on ait recours au bistouri, à l'amygdalotome, ou au cautère actuel. Nous n'apporterons dans cet exposé aucune âpreté : nous ne voulons pas qu'on puisse nous reprocher d'avoir été injustement sévère pour une opération qui a rendu et rendra sans doute encore de grands services aux malades. Notre but n'est que de prouver la supériorité de l'ignipuncture sur les autres méthodes.

TABLEAU COMPARATIF.

	THERMO-CAUTÈRE.	AMYGDALECTOMIE.	BISTOURI.
Phase préparatoire.			
	Ne pas opérer pendant l'état aigu.	Ne pas opérer pendant l'état aigu.	Ne pas opérer pendant l'état aigu.
Instruments nécessaires.	Nullément spéciaux. Faciles à entretenir.	Absolument spéciaux. Plusieurs grands sont nécessaires. Fragilité de la lame et rupture. L'anneau sécateur.	Spéciaux. Plusieurs grands. Entretien facile.
Opération.	Se fait en 3 ou 4 séances.	Se fait en 1 ou 2 séances.	Se fait en 1 ou 2 séances.
Résultat.	Destruction définitive par modification de tissu.	Destruction non définitive par ablation partielle.	Destruction non définitive par ablation partielle.
Manuel opératoire.	On ne peut plus facile.	Difficulté d'opération. Opération imparfaite ou nulle.	Difficulté d'opération. Il faut être ambidextre.
Suites de l'opération à craindre.	Angine aiguë consécutive (rare). Diphthérie consécutive (rare). Effroi des petits malades (assez rare). Brûlures légères de la bouche (quelquefois).	Hémorrhagie; souvent grave, rarement mortelle. Récidives fréquentes. Blessures de la langue et des piliers, rares; Diphthérie, plus fréquente. Malaise, quelquefois. Effroi des malades assez fréquent. Fièvre. Inflammation de la partie restante. Œdème du cou et de la glotte.	Id. Id. Id. et des piliers, forcées quelquefois. Id. Id. Id. Id. Id. Id. Déchirure de la glande, si on emploie la pince de Muzex.

Après ce tableau, est-il utile de rentrer dans quelques détails ? Assurément on pourrait s'en abstenir ; mais nous préférons développer un peu plus notre pensée que dans le rapide parallèle que nous venons de dresser.

Phase préparatoire. — Nous n'en dirons rien, elle est la même pour les trois procédés. On ne doit jamais toucher aux tonsilles, tant qu'elles sont enflammées.

Instruments. — Dans la méthode par l'ignipuncture, vous avez à votre disposition le cautère ancien, le thermo-cautère et le galvano-cautère : aucun de ces instruments n'est spécial pour la tonsille ; un seul est difficile à bien manier : c'est le galvano-cautère. Si vous employez l'amygdalotome, vous avez entre les mains un instrument absolument destiné à cette opération, d'un maniement difficile, demandant des soins minutieux de propreté, et exigeant plusieurs modèles. Quant aux bistouris, il faut qu'ils soient longs, boutonnés et courbés sur le plat, et il faut y joindre la pince à cadre.

Opération. — Là tout l'avantage est à la méthode sanglante ; l'opération est même brillante avec l'amygdalotome, et la surface de section est bien plus belle à la vue que les eschares laissées par l'ignipuncture.

Résultat. — Le but cherché est le même : c'est la destruction de l'amygdale ; mais l'amygdalotome et le bistouri ne détruisent et ne doivent détruire qu'une partie de la glande. L'ignipuncture au contraire détruit entièrement la glande : non pas qu'elle brûle tous les tissus ; mais, sous l'influence de l'excitation thermique, le tissu conjonctif du voisinage reprend une vie nouvelle ; cette activité nutritive détermine une néo-formation fibreuse de nature essentiellement rétractile. La diminution de volume de l'amygdale est donc due à cette rétraction cicatricielle consécutive, aussi bien qu'à la destruction, qui est le résultat immédiat de la cautérisation ignée. On voit ainsi que la cautérisation ignée peut être considérée comme appartenant accessoirement à la médication topique.

Manuel opératoire. — Dans l'une et l'autre méthode, la tête de l'opéré doit être fortement maintenue immobile. Quant à la difficulté dans l'opération avec l'ignipuncture, personne, croyons-nous, dans le monde médical, ne pourra l'objecter. Pour l'amygdalotomie avec l'instrument tranchant, il est loin d'en être ainsi. Nous savons bien que la difficulté d'opérer, pour nos illustres maîtres, n'est qu'un détail ; mais il n'est pas donné à tout le monde de posséder le talent et la dextérité de mains de nos sommités chirurgicales, qui cependant regardent à deux fois avant de pratiquer une

amygdalotomie ; nous n'en voulons pour preuve que l'anecdote suivante de M. de Saint-Germain : « Il y a quelques années, je rencontrai Nélaton dans un quartier éloigné ; et comme je lui demandai ce qui l'y amenait : « Je vais, me dit-il, faire l'opération qui me coûte le plus à exécuter. » J'insistai pour savoir ce qui pouvait causer quelque embarras à un chirurgien aussi habile : « Je m'en vais, dit-il, essayer d'enlever des amygdales ». J'ai souvent, depuis cette petite conversation, réfléchi à l'opinion de Nélaton, et j'estime qu'elle n'a rien d'exagéré dans un grand nombre de cas. Si l'on pouvait obtenir une confession sincère de tous les médecins, voire même de tous les chirurgiens qui ont pratiqué souvent l'amygdalotomie, on arriverait à ce résultat, que la plupart ont eu des cas difficiles, dans lesquels l'opération se faisait très incomplètement ou même pas du tout. » Nous n'avons rien à ajouter, sinon que nous partageons entièrement l'opinion de ces chirurgiens distingués.

Les suites. — C'est là surtout qu'existe la supériorité de l'ignipuncture. Elle est une conséquence de la facilité de l'opération et de l'absence de dangers, de douleur, de récidives. Celles-ci sont fréquentes dans l'amygdalotomie (nous en avons rapporté des exemples), et elles s'expliquent bien par la persistance de certaines portions de la tonsille qui ont échappé à l'excision. Aussi Chassaignac recommandait-il une extirpation complète. Celle-ci n'est pas toujours facile à exécuter (elle ne peut l'être que par le bistouri), et on ne doit jamais la tenter ; car elle provoque fréquemment l'hémorrhagie veineuse par la blessure du riche plexus que nous avons vu être situé dans l'épaisseur de la capsule fibreuse externe de revêtement. Et d'ailleurs comment être sûr qu'on a tout enlevé, qu'on n'a pas laissé quelques fragments de tissu, qui suffiront à reproduire la tumeur, ou peut-être à vous donner un cas de mort, comme celui dont parle M. de Saint-Germain, si vous cherchez à l'enlever ?

L'ignipuncture, au contraire, modifie l'amygdale ; elle ne recherche pas une destruction complète, qui lui est inutile ; le tissu modifié par elle ne s'hypertrophie plus, pas même sous l'influence d'une angine aiguë, comme l'a démontré une de nos observations.

La lenteur de notre traitement est plutôt apparente que réelle ; en effet, nos observations prouvent que sa durée moyenne oscille entre trois et quatre semaines. Il ne gêne en rien le malade dans son genre de vie habituel ; il ne nécessite aucune préparation pour être mis en œuvre. L'amygdalotomie est plus rapide, mais elle doit suivre la période aiguë à un certain intervalle de temps, que l'on ne saurait diminuer

sans une grande imprudence. Elle est douloureuse, et peut, même en dehors des accidents spéciaux signalés dans notre tableau, être suivie de toutes les conséquences des opérations sanglantes. C'est ce qu'il ne faut pas perdre de vue.

En présence des avantages inestimables et incontestables présentés par la méthode ignée, c'est à elle que nous donnons notre préférence comme traitement de l'hypertrophie des amygdales. Nous allons maintenant nous occuper du choix de l'agent thermique et du manuel opératoire.

Thermo-cautérisation. — La cautérisation thermique a trois agents à sa disposition : le cautère actuel, le galvano-cautère et le thermo cautère. Quel est celui que l'on doit choisir pour agir sur les amygdales ? Nous pensons que la préférence doit être donnée au dernier.

La simplicité de l'instrumentation, la facilité du manuel opératoire, la régularité du fonctionnement, la sécurité pour le patient pendant et après l'opération, l'excellence des résultats obtenus, et enfin la modicité du prix d'achat, sont évidemment les conditions que doit, autant que possible, réunir tout bon procédé. Le tableau suivant montrera quel est celui de nos trois agents qui y satisfait le mieux.

TABLEAU COMPARATIF DES AGENTS THERMIQUES.

CAUTÈRE ACTUEL.	GALVANO-CAUTÈRE.	THERMO-CAUTÈRE.
<i>1^o Instrumentation.</i>		
Réduite à sa plus grande simplicité.	Très compliquée.	Spéciale, mais pas exclusive.
<i>2^o Manuel opératoire.</i>		
Embarassant par le refroidissement rapide des cautères.	Délicat pour ne pas dépasser la température hémostatique le rouge sombre.	Simple par la facilité de la régularisation de la température.
<i>3^o Sécurité.</i>		
Suffisante, mais doit être introduit à chaud.	Dangers d'une trop grande puissance calorique, mais peut être introduit à froid.	Suffisante, mais doit être introduit à chaud.
<i>4^o Prix.</i>		
Insignifiant.	Très élevé.	Moyen.

En adoptant le thermo-cautère, nous n'avons pas l'intention de proscrire le galvano-cautère ; seulement, il nous semble que le premier répond mieux que le second aux exigences ordinaires de la pratique courante.

Tout le monde médical connaît aujourd'hui la composition et le mécanisme de l'appareil Paquelin. Il n'en est pas ainsi du galvano-cautère. Du reste, nous avons vu M. de Saint-Germain se servir de ce dernier instrument, et nous devons dire que nous sommes loin d'être aussi satisfait de cet instrument que du thermo-cautère. Pourtant l'appareil employé avait déjà subi une amélioration, consistant en une fixité plus grande de la tige métallique terminale, qui quelquefois restait dans le tissu de la tonsille, quand on retirait l'instrument de la bouche. Enfin il faut un aide connaissant parfaitement son appareil pour graduer le courant et passer successivement du rouge sombre au blanc, et *vice versa*.

Maintenant que nous avons exposé les motifs qui nous font préférer le thermo-cautère à tout autre agent thermique, il nous reste à indiquer le manuel opératoire que nous croyons devoir adopter ; mais, avant, nous allons dire quelques mots du spéculum buccal de Mathieu.

Le spéculum de la bouche consiste en un bracelet légèrement aplati de haut en bas, plus large par conséquent que haut, s'introduisant à frottement entre les incisives, et présentant à sa partie inférieure un prolongement destiné à déprimer la langue. Cet instrument, poussé dans la bouche de l'enfant ou de l'adulte, est retenu par un cran en relief placé à la partie supérieure, qui, lorsque les incisives supérieures l'ont dépassé, le retient en arrière de celles-ci, sans que le malade puisse s'en débarrasser. Enfin, au niveau de l'extrémité antérieure et latérale de l'anneau, on visse un petit manche qu'un aide tient solidement pendant l'opération : de la sorte, la bouche est maintenue ouverte, la langue est abaissée, et, pourvu que la tête soit solidement fixée, la cautérisation est extrêmement facile.

Pour pratiquer l'opération, on fait asseoir le malade sur une chaise en face de soi, ses jambes entre lessiennes. Un aide maintient la tête solidement fixée, et on confie le manche du spéculum introduit dans la bouche à un autre aide. La tête étant légèrement renversée en arrière, les tonsilles viennent s'offrir à la vue, fortement éclairées par la lumière, que réfléchit la surface argentée du spéculum. On porte alors au rouge sombre la pointe recourbée en crosse à son extrémité libre du thermo-cautère, on porte l'instrument dans la bouche et on l'enfonce à une profondeur d'environ un centimètre.

On fait ainsi en moyenne trois boutons sur chaque amygdale, et en général la guérison est obtenue au bout de trois à quatre séances, faites à cinq ou huit jours d'intervalle. Après chaque séance, il faut faire gargariser l'opéré avec un peu d'eau de guimauve.

Il faut bien se souvenir, pendant l'opération, que la brûlure d'un des piliers devient le siège d'une douleur atroce.

CONCLUSIONS

1° L'amygdalotomie a rendu des services nombreux aux malades et peut en rendre encore.

2° La thermo-cautérisation lui est préférable, malgré sa lenteur apparente, et comme innocuité et comme résultat définitif.

3° La méthode ignée n'est pas douloureuse, malgré l'effroi qu'elle détermine chez les petits malades.

4° Le malade adulte s'y soumet de bonne grâce. C'est surtout chez lui qu'elle rendra les plus grands services.

5° Pour opérer, la pointe du thermo-cantère doit être au rouge sombre et ne pas dépasser ce degré de chaleur.

6° La pointe doit, à plusieurs reprises, être enfoncée à un centimètre environ.

7° Cette méthode aura certainement des écueils chez les enfants indociles ; mais elle est appelée à de réels succès.

Vu : le Doyen,
BÉCLARD.

Vu par le Président de la Thèse,
LABOULBÈNE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX ALPHABÉTIQUE

1. *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie*, 1774, t. V, p. 429.
2. BOYER, *Œuvres chirurgicales*, t. VI, p. 450.
3. AÉTIUS, *Contractæ ex veteribus medicinæ tetrabiblos*.
4. PAUL D'EGINE, *De re medicâ*, l. VI, c. XXX.
5. VELPEAU, *Médecine opératoire*, t. V, p. 560.
6. LOUIS, *op. cit.*, p. 434.
7. CHOLET, Thèse de Paris, 1824.
8. SABATIER, *Médecine opératoire*, 3^e édit., 1840, t. II, p. 231.
9. PORTAL, *Cours d'anatomie*, t. IV, p. 515, éd. 1803.
10. GUILLEMEAU, *Œuvres de chirurgie de 1649*, ch. VI, p. 688.
11. WISEMAN, l. IV, t. VII. *Of the Tonsils light chirurgical treatises*, p. 28.
12. Dictionnaire de JACCOUD, t. I, p. 156.
13. LOUIS, *op. cit.*
14. MORGAGNI, *De sed. morle. epist. anatom. med. art.* 26.
15. LOUIS, *op. cit.*
16. *Journal de médecine de 1775*, t. II, p. 145.
17. JOURDAN, *Traité des maladies et opérations de la bouche*, Paris, 1778, t. I, p. 465.
18. BELL, *Cours complet de chirurgie*, trad. Ed. Bosquillon, 1796, t. IV, p. 77.
19. PORTAL, *op. cit.* t. IV, p. 509 et suivantes.
20. *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1881, p. 127.
21. DELPECH, *Précis élémentaire des maladies réputées chirurgicales*.
22. CHOLET, *op. cit.* p. 441.
23. CHOLET, *op. cit.* p. 25, 1824.
24. J. Cloquet, *Dictionnaire en 30 volumes*, t. II, p. 502.
25. *Anatomie chirurgicale*, t. I, p. 355.
26. LIÉGOIS, *Dict. de Dechambre*, t. IV, p. 27.
27. *Compendium de Chirurgie*, t. III, p. 776.
28. *Gazette des hôpitaux*, 16 mars 1842, p. 131.
29. *Bulletin général de thérapeutique*, t. XXV, p. 33.
30. *Gazette des hôpitaux*, n° 42, 1844, p. 168.
31. *Bulletin général de thérapeutique*, 1845, p. 402.
32. *Gazette des hôpitaux*, 1848, p. 477, et 1850, p. 368.
33. CHASSAIGNAC, *Traité chimique et pratique des opérations chirurgicales*, 1862, t. II, p. 534 et 542.
34. *Moniteur des hôpitaux*, 1854, p. 168.
35. *Gazette des hôpitaux*, 1847, p. 525.

36. *Bulletin général de therap.*, t. XXV, p. 33.
37. *Union médicale*, 1849, p. 191.
38. *Gazette des hôpitaux*, 1854, p. 67.
39. *Moniteur des hôpitaux*, 1854, p. 229.
40. Dictionnaire de DECHAMBRE, t. IV, p. 31.
41. VIDAL DE CASSIS, *Traité de pathologie externe*, 1861, p. 641.
42. *Presse médicale belge*, 1863, p. 253.
43. GUERSANT, *Notice sur la chirurgie des enfants*, p. 51 et suivantes.
44. Dictionnaire JACCOUD, t. II, p. 147.
45. *Gazette des hôpitaux*, 1869, p. 57.
46. *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1872, pages 24 et 137.
47. *France médicale*, 1879, p. 569 et 579.
48. *Semaine médicale*, 1885, p. 239.
49. VELPEAU, *Médecine opératoire*, t. III, p. 567.
50. PASSAQUAY, Thèse de Paris, 1873, p. 93.
51. *Gazette des hôpitaux*, 1847, p. 324.
52. *Archives générales de Médecine*, 1847, 4^{me} série, t. XVI, p. 146.
53. BOYER, *op. cit.*, t. V, p. 332, 1846.
54. *Gazette des hôpitaux*, 1847, p. 525.
55. Id.
56. Id.
57. *Gazette des hôpitaux*, 1848, p. 118.
58. *Gazette des hôpitaux*, 1848, p. 477.
59. *Union médicale*, 1849, p. 191.
60. *Bulletin général de thérapeutique*, t. XLI, p. 355.
61. *Gazette des hôpitaux*, 1854, p. 293.
62. *Gazette des hôpitaux*, 1854, p. 398.
63. *Gazette des hôpitaux*, 1857, p. 570.
64. *Gazette des hôpitaux*, 1857, page 570.
65. *Gazette des hôpitaux*, 1857, page 610.
66. *Gazette des hôpitaux*, 1860, page 193.
67. *Medic. Times and Gazette*, 1860.
68. CHASSAIGNAC, opuscule cité, 1862, page 542, tome II.
69. GAYAT, Thèse de Paris, 1868, page 53.
70. *Gazette des hôpitaux*, 1869, page 53.
71. MARY, Thèse de Paris, 1875, page 24.
72. *Unterbindung der rechten carotis, æster. Zeitschrift für praktische Heilkunde*, 1872, n° 52.
73. MARY, opuscule cité, 1875.
74. *Medic. Records*, New-York, 1883, page 146.
75. *Semaine médicale*, 1885, page 239.
76. RECLUS, communication orale.
77. VOSS, *Norsk. Mag. Lagevidensk*, 37, VII, page 77, 1877.
78. PORTAL, opuscule cité, 1803, tome IV, page 509.
79. ALLAN BURNS, *Surgical anatomy*, 1824, page 28.
80. *Descript. of the arteries*, London, 1842, page 34.

84. J. CLOQUET, Dictionnaire en 30 volumes, tome II, page 502.
82. VELPEAU, *op. cit.*, 1833, tome III, page 567.
83. *Presse médicale belge*, 1863, page 253.
84. *Gazette des hôpitaux*, 1882, page 522.
85. *France médicale*, 1879, page 578.
86. VERDONAL, Thèse de Nancy, 1882, page 40.
87. *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1884, page 313.
88. HAN. RÉALS, Encyclopédie, tome XIII, page 562 de 1883.
89. *Gazette des hôpitaux*, 1868, page 503.
90. LOUIS, *op. cit.*, p. 433.
91. *Bulletin général de thérapeutique*, tome IV, page 565, 1852.
92. LIÉGEOIS, *Dict. de Dechambre*,
93. *Gazette des hôpitaux*, 1840, 27 avril.
94. *Gazette des hôpitaux*.
95. DESPRÈS, *Traité clinique et pratique de la Syphilis*, 1873.
96. SEVERIN, *Médecine efficace*, 1868, l. de l'exopyrie, c. LXIV, p. 614.
97. WISEMAN, *Of the tonsils ligth. chirurgical treatises*, vol. II, lib. IV, chap. VII, p. 28
98. *Sinopsis universæ praxeos medicæ, de morbis externis capitis*, lib. II, sect. 2, p. 413.
99. PERCY, *Pirotechnie chirurgicale*, 1811, p. 246, 247 et 249.
100. BOYER, *op. cit.*, et CHOLET, thèse, 1824, p. 29.
101. PHILIPOTEAUX, thèse, 1863.
102. *Dictionnaire des sciences médicales*, t. XV, p. 119.
103. *Bulletin général de thérapeutique*, t. I, p. 124.
104. PHILIPPEAUX, *Traité pratique de la cautérisation*, p. 397.
105. *Deutsche pratische Zeitschrift fur medecine* 1877.
106. *Annales des maladies de l'oreille*, 1830.
107. Id.
108. Id., 1881, page 225.
109. Id., 1881, p. 246.
110. GILLES, thèse de Paris, 1882, p. 50.

